

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



O Cirurgião face ao Doente Terminal

Decisões Éticas em Fim de Vida

Maria Isidra Rocha Contreiras Cantante

DISSERTAÇÃO FINAL de MESTRADO

Curso de Mestrado em Bioética

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



O Cirurgião face ao Doente Terminal

Decisões Éticas em Fim de Vida

Maria Isidra Rocha Contreiras Cantante

DISSERTAÇÃO FINAL de MESTRADO

Orientada pelo Professor Doutor Henrique Bicha Castelo

Curso de Mestrado em Bioética

2013

A impressão desta dissertação foi aprovada em reunião do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 19 de Novembro de 2013

Aos meus doentes, infelizmente em fase terminal, que pela sua fortaleza de alma e pela coragem com que enfrentam a adversidade são uma lição de vida e uma inspiração

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas cuja ajuda consideramos fundamental para a elaboração desta dissertação:

Ao nosso Director de Serviço e Orientador de Tese, Professor Doutor Henrique Bicha Castelo, pelo tempo que disponibilizou a ler, fazer sugestões e dar conselhos essenciais;

Ao Professor Doutor António Barbosa por nos ter encorajado com as suas amáveis palavras e sugestões aquando da elaboração do projecto;

Aos colegas do nosso Serviço que participaram nas entrevistas: Dr. João Coutinho, Dr. João Malaquias, Dr. Afonso Ramires, Dra. Rosário Rosa, Dr. Carlos Ferreira e Dra. Teresa Cabral Braga.

Aos colegas de outros Serviços que também participaram nas entrevistas: Dr. Eduardo Oliveira e Dra. Teresa Rodrigues.

Todos eles disponibilizaram tempo precioso das suas vidas de médicos e foram uma ajuda indispensável com as suas opiniões e sugestões.

À minha família que teve a paciência de prescindir da minha presença durante o tempo de estudo e escrita.

E, “last but not the least” ao Dr. Pedro Albuquerque, infelizmente falecido durante este período de tempo, cuja morte foi a epítome da Dignidade e da Coragem para enfrentar a doença e o fim da sua vida terrena.

ÍNDICE

Resumo e Palavras-Chave	pag. 7
Primeira Parte	
I- Introdução	pag. 11
II- Perspectiva Antropológica	pag. 14
III- Perspectiva Filosófico-Teológica	pag. 17
IV- Decisões Éticas em Fim de Vida	pag. 63
Segunda Parte	
I- Introdução	pag. 79
II- Material e métodos	pag. 82
- Amostra	pag. 83
- Colheita de Dados	pag. 83
- A Entrevista	pag. 84
- Análise dos Dados	pag. 84
III- Descrição e Discussão dos Resultados	pag. 87
IV- Conclusões	pag. 96
Coda	pag. 99
Bibliografia	pag.102
Anexos	pag.114

RESUMO

A prática da Medicina é feita de opções, a maior parte de natureza clínica, algumas envolvendo problemas éticos prementes, principalmente nos dois momentos cruciais da Vida do Homem: o seu nascimento e a sua morte.

A Ética, como foi definida por Théo Klein, representa um delicadíssimo equilíbrio “que nos convida à inquietude do questionamento e à procura da boa resposta”.

A Cirurgia, mais do que qualquer outra especialidade, requer um comportamento ético inquestionável. É um facto que propicia um relacionamento privilegiado entre médico e doente, sendo também uma especialidade muito pragmática, de decisões difíceis e muito rápidas, especialmente em contexto de Urgência. A cirurgia (e a anestesia) representam um stress enorme do ponto de vista físico e uma intrusão dolorosa no íntimo do doente. Por isso, as decisões de operar ou não, em determinadas circunstâncias têm que ser muito bem ponderadas e analisadas senão corre-se o risco de nos obstinarmos em terapêuticas fúteis, que não só não trarão benefícios ao doente mas serão fonte de dor, desconforto e sofrimento.

O objectivo desta dissertação é duplo:

1. Avaliar o conhecimento de um grupo de cirurgiões sobre os problemas éticos levantados pelas decisões em fim de vida
2. Avaliar as atitudes, do ponto de vista ético e deontológico, desse mesmo grupo de cirurgiões, face ao doente em fim de vida.

Foi utilizada metodologia de investigação qualitativa, tendo sido efectuado um estudo qualitativo exploratório descritivo baseado em entrevistas não estruturadas, com uma única pergunta à qual os entrevistados, oito médicos, responderam livremente.

Apesar das dimensões da amostra não permitirem a extrapolação dos resultados a populações maiores, os objectivos propostos foram plenamente cumpridos. A análise das entrevistas revelou diferenças subtis entre os vários grupos, relacionadas com a diferenciação profissional e a especialidade dos entrevistados. Estas diferenças são conceptuais porque na prática as atitudes são correctas e demonstram grande compreensão e compaixão por estes doentes, nomeadamente:

- É indispensável que todas as decisões sejam partilhadas (por todos os envolvidos), mas individualizadas (para cada doente), tendo como principal finalidade o conforto e o alívio da sintomatologia com especial destaque para a dor.
- Negar a obstinação terapêutica e ter a coragem de não-iniciar/suspender terapêuticas que não tenham qualquer utilidade, de modo a obter uma morte digna e livre de dor, assegurando o máximo respeito e dignidade durante todo o processo do morrer.

PALAVRAS-CHAVE

Morte; Dignidade; Decisões em Fim de Vida; Obstinação Terapêutica; Suspender e Não Iniciar Terapêutica.

SUMMARY

Medical practice is made of choices, most of them, clinical in its nature, some of them concerning challenging ethical problems, mainly in the two most crucial moments of Man's Life: his birth and his death.

Ethics, as defined by Théo Klein represents a very delicate balance "which invites you to the restlessness of inquiry and the quest for the best solution".

Surgery, more than any other medical speciality demands an unquestionable ethical behavior. It creates a very special bond between doctor and patient, being also a very pragmatic speciality, as it needs very difficult and very fast decisions, specially in the Emergency Room. Surgical (and anesthetic) procedures represent an huge physical stress and a painful intrusion into the patient's intimacy. So, decisions to operate, or not, in very specific circumstances must be very well weighted and analysed, or else we take the risk of therapeutic obstinacy, which is not beneficial for the patient and will be a source of pain, discomfort and suffering.

The dissertation's purpose is a double one:

1. To evaluate a group of surgeons knowledge on the ethical problems of end-of-life decisions.
2. To evaluate, that same group of surgeons attitudes, concerning the terminal patient, from an ethical and deontological point of view.

Qualitative research methodology was used, in elaborating a qualitative, exploratory, descriptive study based on non-structured interviews given by eight doctors, comprising a single question, freely answered by the participants.

In spite of the small dimension of the sample, not allowing extrapolation of results to a wider population, the goals were fully attained.

The interview's analysis revealed subtle differences between the groups that are related with professional grade and the interviewd speciality. These are conceptual differences because the attitudes are correct and reveal a great understanding and compassion to these patients, namely:

- It is essencial to share all decisions (with all envolved persons), but individualizing them (to each patient), being the main goal the confort and symptomatic relief, specially regarding pain.
- To deny therapeutical obstinacy and have the courage to withhold/withdraw futile therapeutics, to obtain a dignified, free of pain death, assuring the greatest respect and dignity, throughout all the dying process.

KEY-WORDS

Death; Dignity; End-of-life Decisions; Therapeutical Obstinacy ; Withholding and Withdrawing Treatments.

PRIMEIRA PARTE

INTRODUÇÃO

“Para tudo há uma estação e um tempo
para todos os propósitos sob o céu: um
tempo para nascer e um tempo para
morrer”

Eclesiastes 3:1

Não há dúvida quanto à inevitabilidade da morte. A morte é o único acontecimento respeitante a todo o organismo biológico que, uma vez tendo ocorrido o nascimento, é previsível para além de qualquer discussão.

No entanto é uma espécie de tópico tabu. É um tema evitado, havendo uma espécie de crença supersticiosa de que se não se falar sobre esse assunto, ele desaparece.

A morte é muitas vezes designada em linguagem eufemística como viagem, passagem, sono (“morrer, dormir, sonhar talvez...” Hamlet)¹.

Porquê esta negação da morte, que se tem acentuado particularmente nos séculos XX e XXI? E num mundo onde disfarçar a morte é tão difícil com as imagens constantemente veiculadas pelos “media” de guerra, violência, catástrofes por fenómenos naturais, já para não falar do perigo sempre presente da devastação nuclear?

Provavelmente o problema é multifactorial: os avanços da ciência médica, a mudança das filosofias religiosas, as alterações sociais e até demográficas.

¹ “To dye to sleepe, to sleepe, perchance to dreame”; William Shakespeare *“The tragedie of Hamlet, Prince of Danemarke”* Acto III, Cena I.

Não se morre na mesma idade, das mesmas causas e nos mesmos locais.

As doenças infecto-contagiosas derrotadas por antibióticos, vacinas e uma melhoria das condições sanitárias, foram substituídas pelas doenças cardiovasculares, degenerativas e neoplásicas, de aparecimento em grupos etários mais elevados. Os mais jovens morrem sobretudo em acidentes ou sobrevivem daqueles com sequelas e problemas neurológicos que acrescem os dilemas éticos em relação ao seu estatuto quando a sua morte foi adiada pelas modernas técnicas de reanimação: estarão mortos ou vivos?

O que a medicina ganhou em eficiência, perdeu em bom-senso e humanidade. Houve um nítido empobrecimento da relação médico/doente, especialmente quando a morte ronda.

A medicalização da morte é mais técnica do que humana. Deixámos o face-a-face entre médico e doente e substituímo-lo por um face-a-face entre médico e écran de monitor. Tudo se concentra na morte e não no doente.

“Devemos recusar aderir à corrente de ideias que celebra cada vitória da ciência sobre a morte e tende a fazer desta última o resultado de uma carência ou de um erro mais do que um estado próprio à condição humana”¹.

A principal consequência dos progressos da medicina é a mudança de atitude dos médicos face aos doentes moribundos. A morte tornou-se uma espécie de ineficácia que faz mal à reputação da medicina. Até cerca de metade do século XX parecia haver um abandono do doente por parte do médico quando a morte era inevitável, facto estranho cuja interpretação poderá estar no mau-estar produzido pela sua própria impotência ou a uma concepção limitada do seu papel: se não é possível curar então os cuidados são inúteis.

Outro factor a ter em consideração é a alteração do tecido familiar e social da sociedade contemporânea.

¹Bréhant; *Thanatos*, “*Le malade et le medecin devant la mort*”, 1976, citado em “*Les medecins et la mort*”, Anne Carol, Paris 2004, pag.281.

Os nossos antepassados estavam em constante contacto com a morte pelo que esta era um fenómeno real e natural.

Hoje em dia com a acentuação da mobilidade, os membros das famílias estão separados. Os idosos, mais próximos da morte são mantidos fora da vista. O envelhecimento tornou-se institucionalizado. Como os idosos se retiram voluntária ou involuntariamente do círculo familiar, os mais jovens têm cada vez menos oportunidade de conviver com a morte e também raramente testemunham o processo natural do envelhecimento.

Normalmente a morte tem lugar, não em casa, como até cerca dos anos 60 do século XX, mas no hospital, pelo que há uma exposição infrequente a este acontecimento e a morte é vista, não como um facto que faz parte da vida, mas como algo raro, impessoal e anormal.

O hospital é sobretudo um local de cuidados colectivos, de diagnóstico e de procedimentos médicos cada vez mais sofisticados, pelo que a solidão é o risco inevitável da morte hospitalar.

Parece pois que o Homem actual está a tentar remover a morte da realidade da vida na esperança de resolver o seu mistério. E, no entanto é a morte que dá um sentido á Vida. Como escreve Shopenhauer "Sem a morte seria até difícil filosofar"¹.

Torna-se pois indispensável percorrer o longo caminho do pensamento ocidental sobre a morte nas suas vertentes antropológica, histórica e teológico/filosófica para uma melhor compreensão da atitude colectiva e individual da Humanidade face ao seu destino inevitável.

¹Citação em "*L'homme et la mort*" de Edgar Morin, 1970, pag. 292

Perspectiva Antropológica

“...De facto é igual o destino do Homem e o do animal: morre um e morre o outro. Há para todos o mesmo sopro vital, mas o Homem não supera o animal, porque tudo é vaidade. Ambos vão parar ao mesmo lugar: ambos formados do pó da terra, ao mesmo pó voltarão.”

Eclesiastes 3:19, 3:20

Compartilhamos com os outros seres vivos o nosso destino inexorável, porém a espécie humana é a única para a qual a morte está presente no curso da vida, a única que acompanha a morte de um ritual funerário, a única que acredita na reencarnação ou na ressurreição dos mortos.

O comportamento de certos animais faz acreditar que estes têm “conhecimento da morte” – as reacções de fuga perante o perigo, o mimetismo, etc, mas não se trata de um conhecimento individual mas de instinto, ou seja é a espécie que reconhece a morte e não o indivíduo.

Do ponto de vista antropológico verificou-se que o núcleo de todas as civilizações está construído em torno da essência do Homem e das suas crenças respeitantes ao sagrado e ao profano. Rituais propiciatórios dos favores divinos eram realizados a fim de assegurar a protecção individual ou colectiva. A morte representando a passagem para o desconhecido ainda tornava mais necessária essa ritualização.

O momento em que o Homem primitivo tomou conhecimento da morte é uma

etapa fundamental da evolução e suscitou alguma polémica entre vários pensadores contemporâneos. Enquanto para Max Scheler o Homem tem um conhecimento instintivo da morte (Intuitive Todesgewißheit), para Landsberg a consciência da morte ocorre quando o Homem assume o seu individualismo, ou seja quando toma consciência da sua vida própria, fora do enquadramento limitante do clã e quando, com a emergência do pensamento lógico, a sua experiência de observação da morte de outros seres lhe faz ter a certeza da sua própria finitude. Aliás esta perspectiva já tinha sido proposta por Voltaire cerca de dois séculos atrás.

A “Epopéia de Gilgamesh”, escrita há cerca de 5000 anos, sendo o mais antigo documento sobre a morte que se conhece, revela uma preocupação muito humana com a mortalidade e simultaneamente uma tentativa de escapar ao destino do homem comum. O herói, quando confrontado com a morte do seu amigo, interroga-se: “Que sono é este que te tem agora? Estás perdido no escuro e não podes ouvir-me...”, “O que o meu irmão é agora é o que eu serei quando morrer. E porque tenho medo da morte farei o que puder para encontrar Utnapishtim (a quem foi concedida a vida eterna)...”¹.

O Homem, nos primeiros estadios do seu desenvolvimento recusava o carácter definitivo da morte, opondo um desmentido formal à sua inevitabilidade.

A maior parte das culturas não via, nem vê a morte como algo final, mas sim como a transição para outras vidas.

A concepção cosmomórfica primitiva da morte é a da morte-renascimento e por isso os corpos eram colocados em posição fetal, prontos para o renascer.

Nos mitos assírios e babilónios a morte não se concebia como o fim da vida ou o aniquilamento da consciência, mas sim como a separação do corpo e do

¹”A Epopeia de Gilgamesh”(N.K.Sanders, 1972)., pag. 69, pag.71

espírito, havendo a transferência da alma para outro modo de existência, descendo às esferas inferiores para aí viver para a eternidade.

A ideia da morte como uma viagem foi também partilhada por muitas culturas. Veja-se o “Livro dos Mortos do Antigo Egipto”, escrito há cerca de 3500 anos e que descreve a viagem da alma através da eternidade.”... Os homens não vivem apenas uma vez e depois desaparecem para sempre; vivem inúmeras vidas em lugares diferentes mas nem sempre neste mesmo mundo e, no meio da cada vida há um véu de sombras. As portas finalmente abrir-se-ão e veremos todos os lugares que os nossos pés percorreram desde o princípio dos tempos. A nossa religião ensina-nos que vivemos para a eternidade...”¹.

Entendemos esta mensagem como defesa contra o medo da aniquilação? Ou como convicção profunda na imortalidade?

Poderemos interrogar-nos, agora como há 3500 anos sobre se o Homem está ou não adaptado à morte, ou melhor dizendo à ideia de que um dia morrerá. Naturalmente que há adaptação da “espécie humana” mas inadaptação enquanto indivíduo. No fundo, facto estranho, apesar da convicção da sua inevitabilidade, ninguém acredita na sua própria morte, ou seja, cada um de nós, no seu inconsciente está persuadido da sua própria imortalidade.

Reconhecer a inevitabilidade da morte é muito diferente de a considerar final. Para a humanidade em geral e para cada Homem individualmente o que significa o reconhecimento da universalidade e da inevitabilidade da morte? Reconhecer a morte como destino individual e colectivo dos seres vivos levanta questões: porquê? O que significa? Qual o significado da vida se termina na morte?

Desde tempos ancestrais que estas perguntas têm vindo a ser respondidas

¹“O Livro dos Mortos do Antigo Egipto”, Papiro de Ani, (Ramsés Seleem, 2003), pag 14

pelas religiões.

A descoberta da inevitabilidade da morte afectou o Homem profundamente: o medo do desconhecido, o sentimento de frustração e futilidade pela perspectiva de oportunidades perdidas e esperanças desfeitas, a escolha da atitude a adoptar para viver a vida o melhor possível sob a sombra desta triste verdade – a eventualidade da reencarnação ou de uma certa imortalidade trouxe-lhe reconforto e consolo.

“...But that dread of something after death, the undiscovered country, from whose borne no traveller returns...”.¹

Perspectiva Filosófico/Teológica

De uma maneira geral a reflexão filosófica sobre a morte divide aqueles que a consideram, não como uma aniquilação do “eu” mas como uma transformação noutra forma de existência e aqueles que a consideram final, como a destruição da consciência.

Esta visão oposta está presente desde o nascimento da Filosofia na Grécia, talvez no ano 600 A.C. Os gregos estavam muito conscientes da incerteza da vida e da inevitabilidade da morte e a concepção existente desta não contribuía para acalmar esta consciência aguda da mortalidade: os mortos tornavam-se sombras exangues errando pelos horrores do Hades, após a travessia do rio Styx, conduzidas pelo barqueiro Caronte. “Não me fales da morte, ilustre Ulisses. Preferia ser lavrador e servir um homem pobre contra um salário que apenas me chegasse para sobreviver, a reinar sobre os que já não são”, diz a sombra de Aquiles no poema homérico².

Por oposição a este destino terrível existiam paralelamente os dogmas órficos, ligados ao culto de Dionisos que representavam o oposto do Hades, os

¹ William Shakespeare *“The tragedie of Hamlet, Prince of Danemarke”* Acto III, Cena I.

² Homero *“A Odisseia”* Rapsódia XI, Ediclube, Madrid, 1996, pag 167

Campos Elisíós onde, no entanto só uma pequena minoria de iniciados tinha entrada.

Foi Pitágoras que formulou as teorias órficas da morte: a alma livre do corpo, após um período de purificação, renasce, processo que se repete até ao estadio final, a união com a divindade. Para que a alma mantivesse a sua pureza ao longo das suas várias existências era necessário disciplina, viver uma vida filosófica. Com Pitágoras a filosofia tornou-se uma via para a salvação.

A natureza transitória das coisas impressionou profundamente filósofos como Anaximandro e sobretudo Heraclito. Para este a realidade tinha um carácter flutuante, “não se pode entrar duas vezes no mesmo rio” (fragmento 17) e os opostos unem-se para assegurar a harmonia e a ordem do mundo. “A vida e a morte são uma e a mesma coisa” (fragmento 37): a morte é uma necessidade, um fluxo de geração e corrupção, num ciclo infinito, ou seja morremos para que outros possam nascer.

O pensamento de Parménides é tradicionalmente visto como o oposto de Heraclito. Enquanto um ensinava que tudo está em perpétua mudança, o outro afirmava que toda a mudança é ilusória. Têm, no entanto um ponto em comum: a recusa de admitir que a morte é definitiva e provoca a destruição completa do indivíduo. Com efeito, se a mudança é uma ilusão, a morte que representa a mais radical das mudanças, também o é. E, no entanto Heraclito defendia a mortalidade da alma, que proveniente do Fogo, ao Fogo devia tornar. A eternidade era apenas considerada sob a forma de lembrança cívica da excelência individual (heróis).

Empedócles, simultâneamente um homem de ciência e um místico, influenciado pela escola pitagórica mostrava-se convencido da transmigração da alma e das suas origens divinas.

Mais tarde o Homem adopta uma atitude mais desligada em face da morte. Anaxágoras considerava que nem as dificuldades da existência, nem a brevidade da vida deviam impedir a meta principal da existência, a pesquisa intelectual e a busca do conhecimento.

Será esta indiferença resultado da convicção de que a morte não passa de uma dissolução absoluta (escola atomista)?

A morte é uma mudança necessária e natural, conclui Demócrito com a convicção de que a alma é mortal, dissolvendo-se nos átomos que a constituem, após a morte. A vida deve ser vivida com alegria e moderação, desejando apenas o que é possível. O medo da morte constitui um obstáculo à vida. A morte faz parte integrante desta.

É possível que a admissão do seu carácter natural e necessário torne a ideia da mortalidade mais suportável.

A consciência da mortalidade do homem está bem patente até no teatro grego, embora a morte por vezes seja encarada como uma libertação de uma vida mal vivida. Como diz Antígona: "E se morrer antes do tempo, tanto melhor para mim porque, quem como eu vive no meio de desgraças sem conta, como não hei-de considerar a morte como um bem desejado?"¹.

O Homem, como todos os seres vivos tem uma existência breve mas a sua grandeza reside na aceitação da sua condição com dignidade e na grande força de carácter que opõe à morte.

¹Sófocles, Antígona, Ediclube, Madrid, 1999, pag 103

Esta é essencialmente a posição de Sócrates. Ele constitui um exemplo universal de dignidade face a uma morte resultante de uma condenação manifestamente injusta, acusado de impiedade e corrupção da juventude.

Temos conhecimento dos seus ensinamentos, principalmente através dos Diálogos de Platão e das descrições de Xenofonte, igualmente seu discípulo. Por vezes torna-se difícil distinguir entre as posições éticas de Sócrates e de Platão; ambas dão muito ênfase à relação entre o Conhecimento e o Bem.

“Crítón” parece destinado a descrever o carácter de Sócrates: um bom cidadão que ao ser injustamente condenado está disponível para desistir da sua vida em obediência às leis do Estado. É admirada a sua calma face à condenação, ao que ele responde: “Quando um homem chega à minha idade não deveria estar assustado com a perspectiva de morrer”¹.

Na “Apologia” é descrita a sua defesa. É neste Diálogo que a morte é vista ou como um longo sono do qual não se acorda ou como uma viagem a outro mundo onde as almas dos mortos se juntam, no qual os juízes são justos e, sendo imortais não há o perigo de alguém poder sofrer a morte pelas suas opiniões: “Nada de mal pode acontecer a um homem bom quer na vida, quer na morte”².

Tanto num caso como no outro não há que temer a morte. É o medo que a torna aterradora: “Porque o medo da morte é verdadeiramente a pretensa sabedoria e não a verdadeira sabedoria por ser a pretensão de conhecer o desconhecido, e ninguém sabe se a morte, que os homens no seu medo consideram o maior mal, pode ser o maior bem”².

Xenofonte afirma no “Memorabilia” e também no “Apologia de Sócrates” que este poderia ter sido ilibado “se, de alguma forma pudesse ter conciliado o

¹ Platão, Criton, Projecto Gutenberg, 1999, (iBooks) pag 16

² Platão, Apologia, Projecto Gutenberg, 2008,(iBooks) pags. 72 e 106

favor dos juízes”, mas não desejou viver. Sabemos que os gregos temiam a velhice e os seus sofrimentos e desejavam uma morte rápida e indolor. Sócrates não era excepção, considerando que era melhor morrer antes do aparecimento da senilidade do que escapar à execução humilhando-se perante uma perseguição injusta. E assim, a sua defesa é algo ousada, arrogante, cheia de ironia. E é quando está numa posição mais vulnerável que a sua força é maior --- uma espécie de *pathos* trágico face á morte. O seu argumento final é desafiador: "Sabei que desde o minuto em que nasci, a natureza me condenou a morrer!"¹

No “Fédon” são descritas as últimas horas da vida de Sócrates, passadas em conversa com os seus discípulos. Discute-se a imortalidade da alma, aliás um tema recorrente em vários diálogos. Parece ser fácil provar a imortalidade da alma, através da teoria da exclusão mútua dos opostos --- não só a vida exclui a morte mas a alma, da qual a vida é um atributo inseparável, também exclui a morte, sendo por isso imperecível. Também outra das teorias preferidas de Sócrates, a teoria da reminiscência, referida em outros Diálogos (Ménon) o prova através da origem do conhecimento em vidas passadas.

A crença na imortalidade da alma assenta na crença em Deus. Se há um Deus bom e sábio há progresso da Humanidade para a perfeição. A negação desta crença retira o significado à vida humana, baixa o homem ao nível do material. A mais verdadeira concepção da vida futura é um estado de progresso ou de educação: progresso do Mal para o Bem, da Ignorância para o Conhecimento. Platão expressa desconfiança sobre o corpo: todos os males, impurezas e necessidades do homem vêm do corpo. A morte separa-o destas corrupções

¹ Xenofonte, Apologia de Sócrates, Projecto Gutenberg, 2008, (iBooks) pag. 23

que em vida não pode totalmente pôr de parte. Porquê então o medo quando a hora da separação chega? A alma, finalmente liberta dos erros, paixões e loucuras do homem, vive para sempre com os Deuses. Na companhia do corpo a alma não pode atingir o Conhecimento puro. Por isso a Filosofia é a prática da morte e o filósofo deseja a morte, ou seja a separação da alma e do corpo. Não há libertação ou salvação do mal, excepto pelo atingimento da mais elevada virtude e sabedoria. O que procura os prazeres do Conhecimento e rejeita os prazeres do corpo tem razão em aguardar a morte com esperança.

Provavelmente, neste Diálogo, Platão transforma Sócrates num intérprete do seu próprio pensamento sobre a imortalidade da alma, muito influenciado pelos mistérios órficos de Pitágoras sobre a transmigração da alma e a procura da salvação através da demanda intelectual.

Não há dúvida que a morte foi uma das suas grandes preocupações filosóficas. Mesmo em diálogos menos relacionados com o tema (Fédro, Górgias) existem frequentes referências ao assunto: “Desejo apenas conhecer a verdade e viver o melhor que puder, e, quando morrer, morrer o melhor que puder”¹.

O exemplo da morte de Sócrates e as circunstâncias em que ocorreu influenciaram definitivamente o caminho da sua investigação filosófica: que um homem bom pudesse ser falsamente acusado e condenado levou-o a debruçar-se sobre a justiça, o governo, a organização social, a educação (“A República”).

Assim, não é por acaso que “A República” começa com a meditação de um velho (Céfalo) sobre a morte e termina com o mito do julgamento dos mortos (mito de Er).

¹ Platão, “Górgias”, Projecto Gutenberg, 2008, (iBooks), pag 433

Aristóteles, um filósofo e um cientista cujo intelecto brilhante influenciou o pensamento filosófico até aos nossos dias, passou cerca de 20 anos na Academia de Platão em Atenas. Se, ocasionalmente parece haver uma crítica por parte do discípulo em relação ao mestre, isso deve-se à sua diferente atitude perante a vida. Ambos procuram responder ao maior número de interrogações. Um, com o pensamento e só através dele, o outro com a realidade e só através dela. Enquanto num há utopia, no outro existe uma base de observação e experiência. Enquanto Platão constrói a partir de dentro, Aristóteles fá-lo a partir de fora, da realidade examinada à luz dos factos (experimentação).

Os seus escritos iniciais revelam fidelidade a Platão em temas como a imortalidade da alma, a transmigração e a sobrevivência da consciência individual. Mais tarde separa-se completamente da visão platónica, adoptando uma atitude muito mais pragmática.

No tratado “*Sobre a Alma*” esta é descrita como uma entidade quase física, incorpórea mas intimamente ligada ao corpo, a sua essência. Quanto à imortalidade, ela é rejeitada, atingindo-se apenas, como em qualquer outro animal através da descendência.

A finalidade da existência humana é a Felicidade que reside não só na possessão da virtude mas no exercício da mesma. Aristóteles considera que a actividade característica do ser humano, a sua centelha divina que o distingue dos animais é o exercício da razão. Esta deve ser exercida virtuosamente na busca da felicidade.

A felicidade torna a vida digna de escolha. Viver é bom, a vida é um bem pela sua natureza intrínseca. A morte é a mais terrível das coisas, mas o medo

natural da morte pode ser ultrapassado com coragem e virtude.

Quando Aristóteles escreve em “*Sobre o Céu*” que: “Deus e a Natureza não deixam nada ao acaso” reconhece que a morte é natural, faz parte da harmonia da vida e do universo eterno e indestrutível.

“Todos os seres humanos, pela sua natureza desejam compreender”¹. Esta frase resume bem a essência do pensamento aristotélico. Ele procurou compreender e levar os outros a compreender a Lógica, a Matemática, a Física, a Biologia, a Fisiologia, a Astronomia, a Teologia, a Linguagem, a Literatura, a Retórica e a natureza da Felicidade humana...

A ética aristotélica teve muita influência em escolas posteriores, principalmente o epicurismo e o estoicismo, estendendo-se essa influência através de todas as épocas até à filosofia moral contemporânea.

“Non fui, fui, non sum, non curo”²

Evidentemente que as teorias filosóficas que permitiam encarar a morte sem preocupação e com coragem escapavam à grande maioria das pessoas, sob a influência da religião oficial e a visão do Hades que anteriormente descrevemos.

O medo da morte tinha várias componentes: mais até do que o medo do Além, havia o medo da profanação do corpo ou da ausência de sepultura que impediriam a ressurreição final, o medo da agonia e o desgosto de deixar de viver deixando para trás todos os atractivos da vida.

Deste modo, descobrir como viver a vida e confrontar a morte tornou-se um dos pontos centrais da Filosofia.

Como resposta a esta dificuldade, um outro sistema filosófico baseado nas

¹ Aristóteles “*Metafísica*”, Livro I, pag 1

² “Não fui, sou, já não sou, não me interessa”, epitáfio romano de influência epicuriana, citado por Jacques Choron em “*La Mort et la Pensée Occidentale*”, pag. 51

doutrinas de Epicuro surgiu para ajudar as pessoas a encontrar coragem para enfrentar a morte sem pôr em causa a natureza desta. Provavelmente influenciado por Demócrito e a sua doutrina sobre a dissolução da alma após a morte, Epicuro considerava que não poderia haver sofrimento para a mesma no Além porque este não existia.

O prazer é a finalidade última da vida, o ideal do homem sábio deve ser a procura de um estado de libertação das preocupações, através da supressão dos desejos e da vitória sobre o medo. A busca de prazer refere-se, não a prazeres corporais imoderados, mas sim à ausência de sofrimento corporal e de problemas espirituais. O principal obstáculo à paz da alma é o medo da morte e por isso Epicuro escreveu na célebre carta a Menoceu (Doutrina II): “A morte não é nada para nós, todo o bem e todo o mal residem na sensação e a morte traz o fim de todas as nossas sensações.....porque não pode haver nada terrível em viver, para um homem que compreenda que não há nada de terrível em deixar de viver.....portanto, o mais aterrador dos medos, a morte, não é nada para nós porque enquanto existimos ela não está presente e quando a morte chega já não existimos.....a morte não diz respeito nem aos vivos nem aos mortos: para os vivos a morte não existe e para os mortos não há preocupações de qualquer tipo”.

Epicuro exalta a vida que dá oportunidades para a Felicidade; entre as leis da Natureza é importante lembrar que a vida é temporária e um dia terminará na morte. É preciso alcançar uma vida feliz nesta Terra sem a ilusão de poder haver outra dimensão onde realizar essa felicidade. Alcançamo-la vivendo sabiamente, honestamente e justamente. Não devemos procurar a vida mais longa mas a mais feliz.

¹ Epicuro “Doctrines”, Cassius Amicus, 2011, (iBooks) pag. 34

Lucrecio, o principal discípulo de Epicuro tem a mesma linha de pensamento mas, para nos fazer aceitar a morte, deprecia a vida que não é mais do que uma série de vicissitudes e penas, pelo que o sono da morte é um conforto.

“ Um termo da vida foi fixado para todos os mortais e a morte não pode ser evitada – temos que encará-la”¹.

O estoicismo surgiu no mesmo momento histórico que o epicurismo, adoptando porém outra estratégia que permitisse ao ser humano suportar a sua mortalidade.

Os primeiros estóicos foram influenciados pelo panteísmo de Heraclito. O homem deve viver de acordo com a natureza, o que significa, não uma vida simples como recomendam os cultos naturistas, mas viver segundo a razão que nos permite analisar o que é importante e dominar as paixões. A morte, tal como o nascimento, faz parte da ordem cósmica e deve ser aceite sem reservas. A alma, sendo uma partícula da divindade não deve desaparecer completamente, será reabsorvida pelo espírito donde emanou, o Fogo criador. A sabedoria dos estóicos face à morte é feita de submissão às leis do universo, do qual o homem é uma parte ínfima. O fim, inevitável, deve aceitar-se com alegria. A filosofia foi concebida para o homem aprender a viver e a morrer bem.

Zenão, o fundador da escola considerava que viver bem resultava não apenas da paz de espírito mas de uma impassibilidade total face às tormentas da vida. Nem todas as teses eram, porém, partilhadas por todos os estóicos, particularmente no que diz respeito ao destino da alma. Panécio refutava categoricamente toda a imortalidade individual, enquanto Posidónio a afirmava

¹ Titus Lucretius Carus “On the Nature of Things” (traduzido para inglês por William Ellory Leonard) iBooks.

de forma igualmente categórica, tendo incorporado muitas ideias pitagóricas no estoicismo.

Cícero foi durante algum tempo aluno de Posidônio, e sendo uma das grandes figuras políticas do seu tempo, exerceu considerável influência sobre as gerações seguintes. O seu livro “Diálogos Tuscúlanos”, concebido segundo o método socrático de argumentar contra a opinião de outros, aborda todos os principais elementos da filosofia estóica, com marcada influência platónica: como ultrapassar o terror da morte e a olhá-lha como uma benção e não como um mal, como suportar a dor, como acalmar a nossa inquietação face aos acidentes da vida, como moderar todas as nossas paixões, a considerar a virtude como fonte da felicidade humana. “...Cultivemos uma disposição tal que nos permita encarar essa formidável hora da morte, tão feliz para nós e no entanto tão chocante para os nossos amigos; e não imaginemos como um mal o que é um encontro com os Deuses imortais”¹.

O estoicismo identifica-se sobretudo em três grandes filósofos dos dois primeiros séculos da era cristã, na Roma Imperial: Séneca, Epicteto, Marco Aurélio. O que os liga é o seu compromisso com a virtude, com a vida segundo a razão e a indiferença perante os caprichos do destino. “Somos obrigados a suportar o que é próprio da nossa condição de mortais e a não nos deixarmos perturbar por aquilo que não está no nosso poder evitar”².

Para Séneca a filosofia deve ensinar-nos a preparar para morrer: “É preciso aprender a viver ao longo de toda a vida e durante toda a vida aprender a morrer”³.

Séneca considerava que os homens se absorvem demasiado com futilidades, “vivendo como se fossem viver para sempre, sem tomarem conhecimento da

¹ Marcus Tullius Cicero “Tusculan Disputations” (traduzido para inglês por C.D.Yonge) iBooks, Livro 1, XLIX, pag 161.

² Séneca “De Vita Beata” (traduzido para francês por François Rosso), pag 51

³ Séneca “De Brevitate Vitae” (traduzido para francês por François Rosso), pag 105

sua fragilidade, sem tomarem atenção ao tempo que já se passou”...”Não temos um tempo demasiado curto, mas perdemo-lo muito”¹. Assim, é necessário aprender a arte de morrer, a fim de saber partir com serenidade quando a hora chegar. “É por isso que breve que ela seja é mais do que suficiente; assim quando vier o último dia, o sábio não hesitará em marchar para a morte num passo seguro”¹. E foi isso exactamente o que ele fez quando foi convidado a suicidar-se por Nero, de quem tinha sido preceptor.

Epicteto teve um profundo impacto em Roma e no Cristianismo. Para os estóicos era essencial para uma vida feliz, a paz de espírito e a libertação do medo através do contrôle das atitudes, do treino para aceitar o que acontece, do aprender a desejar o destino (amor fati).

A vida deve ser encarada como um bem que Deus nos empresta por um período indefinido e cujo uso é temporário. “Lembra-te que és um actor numa peça, que o Autor escolhe, se é longa ou curta. A tua parte é fazer o papel que te foi atribuído, bem”².

A morte não tem nada de aterrador. O medo ou a noção da morte que temos é que a tornam assim, a fonte de todos os males. Deus é falado de uma forma que ultrapassa de longe o ponto de vista panteísta. A sua filosofia é feita de resignação e heroísmo tranquilo. “Se fôr a vontade de Deus, que seja!”².

A doutrina de Marco Aurélio e de Epicteto é a mesma mas o método dos dois filósofos é inteiramente diferente: Epicteto dirigia-se aos seus alunos de forma familiar e simples enquanto Marco Aurélio escrevia as suas reflexões apenas para si próprio, frequentemente muito difíceis de interpretar. A sua forma de vida era também muito diferente: Marco Aurélio detinha a administração de um império extensíssimo, pelo que imaginamos os problemas, a ansiedade, o

¹ Séneca “De Brevitate Vitae” (traduzido para francês por François Rosso), pag 90, pag 96, pag 119

² Epicteto “Discourses” (traduzido para inglês por Hastings Crossley) iBooks CLX pag 252, CXIX, pag 192

desejo de actuar o melhor possível...Seguramente necessitou de toda a sua fortaleza de carácter nos momentos de dúvida e fraqueza. A sua adopção da filosofia dos estóicos proporcionou-lhe conforto, consolação e preparou-o para enfrentar a morte.

Marco Aurélio adoptou a mesma tendência dos estóicos para se afastar do materialismo. O corpo representava um obstáculo à aquisição do verdadeiro Conhecimento, da espiritualidade pura, pelo que a morte aparece como uma libertação, ao mesmo tempo que incita o ser humano a uma vida mais moral, através do medo que inspira. O Imperador estava muito consciente da natureza transitória das coisas e da impossibilidade de escapar ao destino: “E porque me importarei com mais alguma coisa quando finalmente me tornar terra? E porque me perturbarei se a dispersão dos meus elementos ocorrerá, faça eu o que fizer?”¹

No livro “Meditações”, Livro VI, 30, oferece uma série de conselhos sobre como chegar ao fim da vida livre de perturbações, obediente à divindade dentro de si (daemon): piedade, serenidade, tolerância, prática das virtudes que considerava fundamentais tais como a verdade e a justiça, desprezo pelas coisas vãs e sobriedade na vida pessoal.

Em meados do século III da nossa era surgiram vários movimentos filosóficos de inspiração grega, especialmente o neoplatonismo que, iniciando-se em Alexandria se estenderam a todos os grandes centros intelectuais, nomeadamente Roma onde o neoplatonismo era representado por Plotino. Plotino adaptou Platão à sua época e à sua maneira de pensar. A sua atitude perante a vida e perante a morte foi marcante como fundamento teórico da

¹ Marcus Aurelius “The thoughts of the Emperor Marcus Aurelius Antoninus” Livro VI, 10, pag 140 (iBooks)

religião cristã. A afinidade entre o platonismo e o cristianismo é particularmente evidente em S. Agostinho que nos seus escritos cita textualmente passagens dos tratados de Plotino.

No século XV Marsílio Ficino tentou reviver o neoplatonismo, a influência desta corrente filosófica estendeu-se até à nossa época.

“Olhei e eis que apareceu um cavalo pálido;
e o seu cavaleiro chamava-se Morte;
seguia-o o Inferno...”

Apocalipse de S. João, 6:8

Se a morte de Sócrates foi um exemplo e uma inspiração para Platónicos e Estóicos, a morte de Cristo serviu de ponto de partida para outra grande religião. Provavelmente a influência que o Cristianismo exerceu no mundo deve-se à resposta que deu aos homens angustiados pela morte.

Durante 1200 anos o Cristianismo impôs os seus pontos de vista e a Filosofia foi dominada, confundindo-se mesmo com a Teologia.

No Antigo Testamento não há qualquer referência nem qualquer promessa de imortalidade. A morte é da inteira responsabilidade do homem, pela sua desobediência ao provar do fruto do conhecimento do Bem e do Mal.

Não se pode escapar à morte e não há outra vida. Só através da sua descendência é que o homem pode aspirar a alguma imortalidade.

No entanto, a crença na imortalidade da alma e na ressurreição dos mortos no fim dos tempos tornou-se uma das doutrinas fundamentais dos Fariseus,

os fundadores das sinagogas e os grandes percursores do judaísmo rabínico. Esta era uma das diferenças principais com os Saduceus, já que estes não acreditavam na imortalidade.

Mesmo assim a crença noutra vida nunca se tornou um dogma do Judaísmo. Este é construído à volta de uma fé inabalável no Deus único, numa confiança ilimitada e na aceitação incontestada da vontade de Deus: “O Senhor dá, o Senhor tira; louvado seja o nome do Senhor”.¹

Pelo contrário todo o Novo Testamento proclama a vitória sobre a morte, a ressurreição dos corpos e não a imortalidade da alma, o qual é um conceito essencialmente pagão.

Foi S.Paulo o principal propagador desta mensagem que semeou uma esperança imensa no coração dos homens.

Os teólogos cristãos dão à morte um triplo significado: a morte física ou seja o fim da vida biológica, a morte espiritual que é a dos pagãos e dos não convertidos e a morte mística. Esta representa uma vitória sobre a morte física, sendo a ressurreição uma fase, o início da vida eterna. A morte é, pois, uma etapa necessária e preparatória da outra vida, permitindo ao homem o acesso à única vida verdadeira.

As doutrinas de S.Agostinho e de S.Tomás de Aquino, separadas por quase 900 anos têm pontos em comum o que é compreensível, sendo ambos admiradores do platonismo e tendo tentado fazer a ponte entre os mundos de Atenas e Jerusalém, da razão e da fé.

S.Agostinho considerava a felicidade na terra impossível, por ser necessário que a alma se liberte do seu corpo para a atingir. Eram dignos de elogio todos os que desejavam a morte, principalmente os que procurassem o martírio,

¹ Livro de Job, 1:21

embora o suicídio fosse totalmente condenado.

S.Tomás de Aquino estava persuadido que a felicidade era o fim último do ser humano mas só se conquistava no Além, após a ressurreição quando a alma se juntasse de novo ao seu corpo.

Apesar de todo o conforto e esperança que estas doutrinas pudessem trazer, houve de facto algum tempo em que a morte humana tenha sido aceite sem medo ou apreensão?

A Idade Média foi dominada pela omnipresença da morte: a esperança de vida era muito baixa e a taxa de mortalidade elevadíssima. A morte era quase sempre violenta por acidente, catástrofe natural ou pela sempre presente guerra que atingia cruelmente sobretudo as populações civis.

As doenças eram quase sempre incuráveis, a medicina ineficiente, diria mesmo inexistente, as condições de vida e de higiene deploráveis, pelo que as epidemias, e particularmente a de peste, quando surgiam devastavam populações inteiras.

Parece pois que, para uma população quase toda iletrada, os conceitos de ressurreição e de imortalidade seriam acolhidos com um sólido cepticismo, pelo que era importante que a Igreja promovesse a cristianização da morte.

O estudo da iconografia da época (pintura, livros de horas, vitrais, túmulos em igrejas, etc.) poderá ajudar-nos a responder a uma pergunta fundamental: a morte era temida? Os santos respondem-nos que ela não é nada, que deve ser acolhida com agrado. Na Alta Idade Média são muito frequentes as metáforas do sono, associado a paz (adormeceu na paz do senhor...), do último suspiro, da libertação. São desta época as estátuas jacentes com o falecido deitado, como que adormecido, com os braços plácidamente cruzados sobre o peito,

imagens de serenidade, aguardando a ressurreição (a “boa morte”).

Mais tarde, o discurso torna-se mais terrorista, onde o julgamento e as penas do Inferno têm um lugar essencial.

Entra-se assim na fase do macabro: na pintura é muito frequente a contraposição entre a juventude feliz e saudável e a representação da morte. Não se pode deixar o homem esquecer o seu destino (“*memento mori*”). São desta época também as danças macabras e os “*ars moriendi*”, pequenos livros que fazem da preparação para a morte, um exercício essencial.

Os túmulos mostram esta evolução, deixam de ser imagens serenas para se tornarem em imagens de crispação e sofrimento, apresentando frequentemente o falecido como um esqueleto descarnado ou em decomposição.

A religião torna-se uma religião da morte, cuja essência é o medo. A morte, empregue ao serviço de uma pastoral do medo, torna-se um dos maiores auxiliares de uma certa forma de cristianização.

A iconografia, principalmente os livros de horas permitem também um olhar sobre o ritualismo da morte, desde o velório, o cortejo fúnebre, o ofício dos mortos e o enterro. São possíveis duas conclusões: a morte não se concebe solitária, é geralmente pública na presença da família próxima, onde predominam as mulheres (mas não as crianças); apesar de tudo o que se diz sobre o tema da morte niveladora e igualitária, nada é mais desigualitário do que a morte: compare-se o enterro anónimo no cemitério, apenas envolvido pelo sudário, de uns e os espectaculares cortejos fúnebres da nobreza com as efígies dos defuntos vestidas com os seus trajes sumptuosos e revestidas de todas as suas insígnias de poder, terminando na deposição em túmulos familiares em igrejas e conventos.

“Aetas: carpe diem quam minimum
credula postero”

Horatio Odes 1,,11,8¹

A resposta cristã ao problema da morte acabou por criar uma tensão insuportável na sociedade porque a Igreja, em vez de apresentar a vida após a morte como uma consolação insistiu na ameaça do Inferno, falando essencialmente de retribuição e não de recompensa.

Para assegurar a salvação o homem devia levar uma vida de um rigor impossível para a maior parte dos seres humanos comuns. Parecia pois que a única finalidade da Igreja era manter o homem sob a consciência perpétua da morte.

O desejo de escapar a esta obsessão contribuiu muito para a transformação das mentalidades no Renascimento.

O homem redescobriu a beleza do Universo. O mundo continuava a ser o mundo de Deus mas um mundo cujas maravilhas proclamavam a glória do seu Criador.

Foram postas em causa muitas das convicções do cristianismo, incluindo a doutrina da imortalidade da alma e ressurgiu a teoria segundo a qual a morte significava a aniquilação total do indivíduo. Assim, a falta de esperança numa vida futura seria compensada por uma imensa alegria de viver.

Exaltaram-se os valores terrestres, o Amor, o Poder, a Glória como é muito evidente na poesia de Petrarca (“Os Triunfos”). Repensou-se a relação do

¹ “Colhe o dia de hoje e confia o mínimo no amanhã”

Homem com Deus, o lugar daquele no Universo e adquiriu-se uma confiança ilimitada nas capacidades humanas. Pico Della Mirandola afirmou na “Oração sobre a dignidade do homem” que “não há nada mais maravilhoso que o homem”¹.

O humanismo revalorizou uma vida a quem, pela sua brevidade, foi conferido um preço muito elevado. Parece pois que a negação da sobrevivência após a morte libertou o homem da angústia opressiva do Inferno e da danação eterna. No ocidente foi provavelmente Montaigne quem melhor ilustrou o espírito do Renascimento em que o homem queria gozar a vida e a beleza que o rodeavam.

Montaigne confessou nos “Ensaaios” que durante muito tempo temeu a morte e inspirando-se em Séneca considerava que a familiarização com ela era necessária porque aquilo que nos é familiar não nos assusta. Pouco a pouco, porém, compreendeu que a preparação constante para a morte acabava por criar uma tensão muito grande na vida quotidiana. A morte é o fim da vida mas não o seu objectivo.

Nos seus escritos iniciais também considerou que a vida se encontrava desvalorizada desde o início pelo facto de, um dia, terminar mas mais tarde compreendeu que é precisamente nessa “finitude” que reside o valor intrínseco da vida.

Mais uma vez inspirando-se em Séneca escreveu que “o valor da vida não se mede pelo número de anos vividos mas pelo uso que se faz deles”². Se soubermos viver correctamente, saberemos morrer da mesma maneira.

Enquanto Montaigne considerava que aqueles que se refugiam na crença da

¹ Giovanni Pico Della Mirandola “Oration on the dignity of man” (Charles River Editors: iBooks), pag. 1

² Michel de Montaigne “Essays”, Livro 3, Cap XIX, pag. 112 (iBooks)

imortalidade da alma o fazem por medo da morte, para Giordano Bruno a morte como processo de aniquilação completa era impossível.

As suas teorias filosóficas são muito diferentes porque enquanto Montaigne se baseava na natureza humana para construir a sua filosofia de vida, a cosmologia era a causa principal de Giordano Bruno.

O seu universo diferia muito do de Copérnico: o sol não era o seu centro e sendo infinito, conteria um número infinito de outros mundos, de outros seres, de outros espíritos. Num universo infinito, consequência do poder e da bondade divinos infinitos, Deus surgia como a Substância Universal unificante donde decorrem todas as coisas.

Estas ideias, demasiado arrojadas para a época, levaram-no às fogueiras da Inquisição romana.

O seu contemporâneo Francis Bacon que contribuiu muito para o desenvolvimento futuro da Ciência referiu-se à problemática da morte num pequeno capítulo dos “Ensaio” onde criticou sobretudo os Estóicos por terem valorizado demasiado a morte e os seus preparativos, tornando-a um objecto de terror, o que não deveria acontecer a quem teve uma vida produtiva e útil. “É tão natural morrer quanto nascer”¹.

Do ponto de vista teológico, nesta época ocorreu um ponto de viragem muito importante para a Cristandade: a Reforma (Lutero afixou as suas 95 teses na porta da Igreja do Castelo de Wittenberg em 1517).

Lutero rejeitou categoricamente as indulgências e a existência do Purgatório. A base fundamental da doutrina reformada era a substituição da salvação pelas obras, pela salvação pela fé.

¹ Francis Bacon “Essays”: “On Death”, pag. 15 (iBooks)

Na Reforma a morte é vista como uma libertação das misérias terrestres. Também se evoca o pecado e o Inferno mas insiste-se muito mais sobre a esperança de uma eternidade bem-aventurada. A preparação da morte em vida deixou de ser importante, o momento da passagem passou a fazer-se sem sacramento de Extrema-Unção e as orações pós-morte deixaram de fazer sentido porque ou se estava salvo ou perdido.

Com a doutrina da predestinação de Calvino, o medo da morte foi substituído pelo medo de Deus.

“A Reforma opõe ao satanismo da Idade Média a ideia de um Diabo expulso e vencido, se se tiver fé”¹.

“Le soleil ni la mort ne se peuvent
regarder fixement”²

La Rochefoucauld

Nos séculos seguintes (XVI e XVII) a morte voltou a invadir a vida: este é o principal traço da sensibilidade colectiva que vai durar até meio do Século das Luzes.

Apesar de uma certa regressão nas habituais epidemias, principalmente as de peste, a guerra (dos 30 anos) que fez muitas vítimas e alterações climáticas, tais como uma vaga de frio, provocaram entre outros males, um período de fome que devastou a Europa.

Na realidade, a morte continuou a ser um espectáculo quotidiano, vulgar, comum, rotineiro. Afectava sobretudo as mulheres, sendo muito frequente

¹ Vogler B: “La Vie Religieuse au Pays Rhénan”, pag. 178, citado por M.Vovelle: “La Mort et L’Occident de 1300 à nos Jours”, pag. 229

² La Rochefoucauld: “Reflexions ou Sentences et Maximes Morales”, 26, pag 21 (iBooks)

“Nem o sol nem a Morte se podem olhar de frente”

durante o parto e a mortalidade infantil e juvenil continuou assustadoramente elevada.

Pergunta-se a partir de quando houve igualdade entre o homem e a mulher no peso afectivo das perdas sofridas? E a partir de quando a morte da criança começou a ser sentida como uma perda verdadeira? Provavelmente a partir do século XVII a sua vida começou, muito lentamente, a ser valorizada.

São desta época, aparecendo principalmente no Norte da Europa, as representações pictóricas de toda a família incluindo as crianças já falecidas.

Todo este período se caracteriza por uma exaltação da sensibilidade colectiva à morte, fazendo da preparação para a última passagem o exercício de toda uma vida.

Mas como se impôs esta ideia obsessiva de construir toda a vida no pensamento da morte? Quem são os autores desta reflexão colectiva sobre a morte? Os católicos da Contra-reforma, sendo que a participação protestante é muito limitada.

Verifica-se um ressurgimento do macabro, particularmente evidente na pintura religiosa onde surgem de novo imagens de martírio, raiando por vezes o “voyeurismo” necrófilo.

Ressurgem os “*ars moriendi*” cuja iconografia na Idade Média, detalhando as cenas no leito de morte, sobrevalorizavam o instante final, enquanto que a preparação de que tratam estes novos manuais negligenciavam-no relativamente de modo a incluir a vida inteira como uma longa aprendizagem.

Porquê esta ascese da morte quotidiana? Porque a vida não valia a pena ser defendida, não passando de um perpétuo combate, antecipadamente perdido,

contra a morte.

Cria-se assim uma pedagogia da morte que inclui vários passos: 1. após a meditação sobre o crânio, o retorno a si próprio, representando-se na agonia até aos últimos instantes e mesmo para lá deles; 2. o estudo da vida dos santos e 3. meditação sobre a Paixão e morte de Cristo. Tudo isto tinha como finalidade tornar a morte, não um objecto de terror, mas um facto, não só aceite mas desejado.

Dos reformados aos católicos a vida foi vivida como uma antecâmara da morte, preparação para uma salvação incerta. O Inferno afirmou-se em todas as confissões como uma presença tão pesada quanto a imagem do Paraíso era evanescente, ou seja não se sabia bem como este era, mas sabia-se como era o Inferno.

Fala-se hoje de encarniçamento terapêutico médico; este poderia designar-se como encarniçamento pastoral.

Do ponto de vista ritualístico voltaram as pompas fúnebres espectaculares por parte da nobreza e realeza. O jacente típico foi substituído por um busto ou pela estátua do falecido de joelhos em oração, por vezes com toda a família.

Do ponto de vista filosófico duas questões são fulcrais: os castigos eternos e a imortalidade da alma.

Quanto ao primeiro, surgiram no século XVII algumas doutrinas, rapidamente apontadas como heresias e perseguidas, tais como a dos socinianos que não acreditavam no Inferno baseados na ideia de que Deus na Sua infinita bondade nunca poderia condenar o homem a penas eternas. As almas dos não merecedores extinguíam-se após a morte do corpo.

Quanto ao segundo, ocupou os pensamentos dos homens mais brilhantes da

época, os verdadeiros percursores da ciência e da filosofia modernas, para os quais estava fora de questão que tudo terminasse com a morte. Nenhum deles duvidava da existência de Deus, nenhum deles duvidava da imortalidade da alma, todos tentaram prová-lo racionalmente.

Descartes era um cientista, para quem as ciências tinham um fim muito prático: o domínio da Natureza pelo homem. Achava por isso que um melhor conhecimento do corpo humano poderia levar ao prolongamento da vida humana *ad æternum*, à conquista da morte do corpo, tal como a da alma. Claro que acabou por reconhecer o carácter utópico da sua ambição e numa carta a Chanut em 1646, afirmou que, muito mais fácil do que conservar a vida, era deixar de temer a morte, sobretudo se houver a firme convicção de que a alma sobrevive ao corpo.

Particularmente no livro “As Paixões da Alma”, Descartes deixa muito claro que a alma é independente do corpo, o que aumentaria muito as probabilidades de sobrevivência após a dissolução do cadáver (artº 5).

Não foi a razão mas a Fé que o levaram a pensar que a alma é imortal e a ter esperança na salvação após a morte.

Pascal tem uma abordagem diferente porque apesar de ser um matemático e físico brilhante, e, principalmente após a sua experiência mística de 1654, que designou como “segunda conversão”, a sua principal preocupação foi demonstrar a verdade da doutrina cristã. Para ele o problema da imortalidade da alma era importantíssimo e a morte não devia ser considerada simplesmente como o agente libertador da dor e do sofrimento da existência terrena. O bom cristão sabe que a morte do corpo é o início da vida em Deus,

por isso não deve ser temida mas aceite com humilde submissão. Como nos tornamos então bons cristãos? Não pela razão mas com o coração: “É o coração que experimenta Deus, não a razão. Isto é, então, a Fé: Deus é sentido pelo coração, não pela razão”¹.

Espinoza segue uma linha de pensamento diferente ao recomendar indiferença face à morte: “O homem livre não pensa na morte e a sua sabedoria é uma meditação não sobre a morte, mas sobre a vida”².

Quanto ao problema da imortalidade da alma, a posição de Espinoza está bem patente na Proposição XXIII da 5ª parte da “Ética”: “O espírito humano não pode ser absolutamente destruído com o corpo; subsiste dele algo que é eterno”. O que subsiste é a sua essência pensante. A essência do espírito é o conhecimento. Logo, quanto maior este fôr, maior será a parte que subsistirá.

Espinoza pensa também que é supérfluo especular sobre o estado geral do espírito humano após o desaparecimento do corpo. O que importa realmente é atingir a imortalidade, ou seja a união com Deus.

A ética de Espinoza traz, senão consolação, pelo menos alguma paz interior.

Leibniz pretendia, como Descartes, justificar os ensinamentos da religião através de provas fornecidas pela razão; “Deus conservará sempre, não sómente a nossa substância mas ainda a nossa pessoa, quer dizer a lembrança e o conhecimento do que nós somos”³.

“As almas humanas nunca deixam os seus corpos e não passam para outros que lhe sejam inteiramente novos. Não há metempsicose mas sim metamorfose”³.

¹ Pascal B: “Pensées”, 278 (iBooks)

² Espinoza B: “Éthics”, parte IV, Proposição LXVII (iBooks)

³ Leibniz GW: “Discours de métaphysique”, pag 78 (iBooks)

“Principles de la nature et de la grace fondés en raison”, pag 250 (iBooks)

O século XVIII caracteriza-se pela recusa do discurso terrorista, pela recusa da vida no pensamento da morte e pela valorização da vida.

Todos, filósofos e gente comum estão de acordo em que é preciso desmistificar a morte, que deve ser despojada do enfâse e do dramatismo que a rodeiam; em primeiro lugar deve deixar de ser considerada uma punição e passar a ser um fenómeno natural. Se, de facto ela não é uma punição nem uma fatalidade, é legítimo e natural defender-se dela e tentar recuar-lhe o mais possível a data. Assim entra em cena um novo personagem, mestre da vida e da morte, o médico, que se torna essencial, juntamente com o padre, como intermediário no relacionamento que o homem tem com a morte: "...mas tudo cede à grande arte de curar...só a sua vista acalma o sangue, dá paz a uma alma agitada e faz renascer a doce esperança no coração dos infelizes mortais. Anuncia a vida e a morte..."¹

Isto deve-se principalmente à multiplicidade das descobertas, mesmo que a ignorância da constituição celular imponha uma barreira e que os meios de cura permaneçam empíricos. Verifica-se um recuo significativo da peste, embora com avanço de outras epidemias, quiçá menos mortíferas, tais como o tifo e a varíola. Surgiram novas preocupações em relação à saúde, reflectindo-se numa melhor alimentação, também graças à introdução de novas culturas trazidas do Novo Mundo, em melhores condições de higiene e no embrião da puericultura que permitiu começar a reduzir lenta mas persistentemente a mortalidade materno-infantil. Inaugurou-se a noção de "medicina de precaução" com as inoculações (Jenner), apesar das objecções de certos sectores do clero que se opunham ao "crime contra a lei divina". A nova medicina impõe

¹ La Mettrie JO: "L' Homme Machine", pag 13 (iBooks)

princípios de respeito e defesa da vida.

Mas a cruzada contra a morte não se limitou à doença. No Direito Comum, propõem-se princípios novos de justiça humanizada, esforçando-se por adequar a dureza das penas à gravidade dos delitos. A pena de morte, por vezes antecedida por torturas inimagináveis foi posta em causa, sobretudo após os escritos de John Locke na Inglaterra e de Montesquieu em França. Na sequência, a tortura é abolida na Prússia e a pena de morte primeiro na Áustria e depois em Portugal.

Pela primeira vez a morte massificada é vista como...um escândalo! A propósito da guerra Voltaire escreve “Candide” uma das mais incisivas e satíricas denúncias da loucura destrutiva dos homens. O cataclismo torna-se o símbolo desse “escândalo”, porque deixa de ser visto como a punição dos pecados humanos. Em 1 de Novembro de 1755 a Europa assiste estupefacta à destruição de cerca de 85% de Lisboa. Este facto teve um efeito sem precedentes na consciência europeia do Século das Luzes. A partir daí é impossível crer em Deus da mesma maneira, de certo modo a ligação entre Deus e o Homem foi alterada, surgiu a dúvida.

Apesar disso, em 1798, Malthus no ensaio “Sobre o princípio da população” defende que a morte como princípio regulador é necessária à própria sobrevivência da Humanidade.

Parece pois que a morte mudou, ou melhor dizendo, a percepção humana da morte. E a Igreja? Manteve o seu discurso monolítico: a morte permanece invocada em termos terroristas e manteve a pedagogia tradicional do medo: a preparação em vida sai reforçada, no entanto a doença que geralmente

precede a morte começa a ser mais valorizada, ao mesmo tempo que o momento da agonia e da passagem são atenuados. Também se insiste menos na necessidade da meditação diária e ainda menos sobre o simulacro da morte. Portanto o discurso da Igreja pode recusar a mudança mas não pode deixar de realizar uma percepção diferente da morte. O receio da morte súbita sem preparação religioso-espiritual, mas também sem sofrimento diminui, o Céu e o Inferno perdem a sua importância e o julgamento final começa a apagar-se das inquietações colectivas. Surge uma viva contestação quanto à legitimidade dos tormentos que se tem cada vez menos dificuldade em considerar eternos, surgem questões quanto à possibilidade da ressurreição.

Fala-se muito da morte, ela está longe de ser excluída das preocupações dos vivos, influencia tanto quanto antes a vida do homem mas fá-lo de maneira diferente: ela é chocante, principalmente quando toca os seres amados, insubstituíveis; a morte própria não é nada, é a dos outros que se torna intolerável. Talvez por isso ganhou terreno a convicção de que talvez fosse possível encontrar a família e os amigos no Além.

A concepção diferente da morte acarreta um estatuto diferente para os mortos. Em termos práticos cria-se o hábito de vestir os defuntos e não apenas de envolvê-los no sudário; devido ao medo de se ser enterrado vivo, cria-se legislação referente ao reconhecimento da morte (oito sinais habituais de morte, Prússia 1794, “Instruções dos colégios superiores médico-sanitários”) e do momento dos funerais. Estes começam a ser rotineiramente organizados e “comercializados” e o local de enterro passa a ser exclusivamente o cemitério, o que não ocorreu de forma pacífica. Naturalmente a missa ou o serviço

religioso continuam a ser na igreja, passando a ser de corpo presente. A observação da iconografia tumular é muito interessante e reveladora destas mudanças, principalmente no que diz respeito aos epitáfios, mais intimistas, mais reveladores das relações familiares do que das sociais e a estatuária, onde perdem terreno as imagens macabras de esqueletos e crâneos, substituídas por anjos-criança (*putti*) ou anjos-mulher (o Anjo da Morte).

Do ponto de vista filosófico, nunca o homem se preocupou tanto com o que se passava após a morte como no Século das Luzes, embora essa preocupação fosse acompanhada por dúvidas e questões sobre a imortalidade.

Esta tendência começou a definir-se ainda no século anterior em diversas correntes de pensamento. Por um lado os libertinos, herdeiros dos epicurianos, que recusavam a leitura cristã da morte. A filosofia dos libertinos personificada em D.Juan de Molière, fazia a apologia da vida intensamente vivida até à morte em vez de se centrar numa hipotética vida após a morte. Rejeitavam, pois, o aparelho repressivo da religião e a noção de pecado embora alguns afirmassem a sua crença num Deus, Princípio de todas as coisas e na alma imortal.

Por outro lado, os materialistas que pretendiam que tudo podia ser explicado em termos de matéria e movimento sem a intervenção de substâncias ou poderes imateriais. Thomas Hobbes afirmava que a alma não é imortal mas no dia do Julgamento, Deus daria um corpo espiritual e glorioso aos crentes enquanto os pecadores morreriam uma segunda vez para sempre. Esta aparente contradição entre o filósofo e o crente, no fundo exprime o medo face à sua própria morte. Com os materialistas franceses do século XVIII a negação

da imortalidade da alma torna-se a posição filosófica de muitos pensadores. Para eles, herdeiros do humanismo renascentista, a morte é relegada para a categoria de “acidente natural” desagradável mas inevitável, na qual é melhor não pensar; quanto à imortalidade não é senão “uma mentira dos padres”.

Mesmo assim, o problema permaneceu no centro das preocupações filosóficas. A filosofia continuou a ser “uma meditação sobre a morte, a qual sendo inevitável, deve ser encarada com serenidade, não a deixando perturbar as alegrias da vida”¹.

David Hume questionou veemente e persistentemente as doutrinas da imortalidade da alma. Os seus argumentos são de dois tipos: contra a noção de substância, particularmente do “eu” como substância e contra a noção de que uma parte da pessoa sobrevive à morte. Insurge-se contra as doutrinas que tentam identificar a personalidade com a alma imaterial que é individual e sobrevive à morte do corpo. Para ele a personalidade, o “eu” é apenas um conjunto de percepções que se sucedem rapidamente em fluxo e movimento perpétuos, ligadas entre si pela memória. Portanto parece muito difícil provar a imortalidade da alma à simples luz da razão. Os argumentos a seu favor serão sempre de ordem metafísica ou moral. David Hume faz notar o medo universal da morte e “como a natureza não faz nada em vão, nunca nos daria horror contra um acontecimento impossível”². Aliás a aversão da morte é a garantia da sobrevivência da humanidade. Todos os argumentos baseados na experiência humana são fortemente a favor da mortalidade da alma. Esta e o corpo partilham tudo em comum, da existência de um deve depender a existência do outro. A decadência do corpo acompanha-se da decadência do

¹ D'Holbach PHT: “Système dela nature ou des lois du monde physique et du monde moral”, cap XII, pag 1401 (iBooks)

² Hume D: “De l'imortalité de l'âme” (traduzido de “On Imortality” por Michel Malherbe) Librairie philosophique J.Verin, Paris 2009, pag. 281

espírito: desordem, fraqueza, insensibilidade....nada no mundo é eterno, todas as coisas existentes, por mais inalteráveis que pareçam estão num fluxo e mudança contínuos. “Com que argumentos ou analogias poderemos provar um estado de existência que ninguém viu e que não se parece com nada que alguém já tenha visto?”¹ Do ponto de vista pessoal Hume era mais afectado pela apreensão do que acontecia após a morte, do que pelo facto de morrer. Segundo os seus amigos, quando faleceu aos 64 anos, de neoplasia intestinal, abordou a morte com rara serenidade, graças à sua convicção de que não haveria nenhuma sobrevivência.

Kant estava consciente das dificuldades daqueles que antes dele tinham defendido a imortalidade da alma e concorda com Hume de que não há argumentos com origem na experiência humana que a possam demonstrar mas está firmemente convencido de que tal é possível com base em argumentos de ordem metafísico-moral. É na “Crítica da razão pura” que Kant formula a sua doutrina da imortalidade, que concebia como a existência infinitamente prolongada. “Eu creio infalivelmente na existência de Deus e numa vida futura e estou certo que nada pode fazer vacilar esta fé”². Parece muito claro que esta convicção não é uma certeza lógica mas moral. A lei moral exige a perfeição e esta não é possível numa vida finita; é necessário um movimento de progressão infinito que elevará o homem aos mais altos graus da perfeição moral e só a existência de almas imortais nos torna capazes dessa progressão. “A realização do soberano bem no mundo é o objectivo de uma vontade determinável pela lei moral...o soberano bem, praticamente só é possível sob o pressuposto da imortalidade da alma”³. Nenhum destes

¹ Hume D: “De l’immortalité de l’âme” (traduzido de “On Immortality” por Michel Malherbe) Librairie philosophique J.Verin, Paris 2009, pag. 281

² Kant I: “The critique of pure reason” (tradução de JMD Meiklejohn), pag1317 (iBooks)

³ Kant I: “Crítica da razão prática” (tradução Artur Morão), Edições 70, Lda, Lisboa 2008, pag 172

argumentos tem que ver com qualquer experiência mística ou religiosa, dependem exclusivamente da lei moral em nós e a nossa jornada através da eternidade não é a vida bem aventurada da tradição cristã: haverá dúvidas, incertezas e luta constante pelo melhoramento espiritual. A dor e o sofrimento são características inseparáveis da vida moral.

Apesar de tudo para a maioria dos homens das Luzes, Deus permanece o Ser Supremo, o Grande Arquitecto, a causa da imortalidade da alma. O pensamento filosófico iluminista permaneceu maioritariamente deísta.

No fim do século a Europa recai num período muito conturbado, novamente guerra e no caso particular da França, a revolução que mergulhou o país numa orgia de terror e morte.

Voltam o pessimismo e as ideias negras e com eles toda uma geração de jovens desiludidos, numa atitude wertheriana de ilusões perdidas, de “*mal de vivre*”. Este ambiente está presente na arte (Goya), na literatura onde surge o romance negro, fantástico, gótico de que são bons exemplos Ann Radcliff e mais tarde Mary Shelley, criadora de Frankenstein. O mal fascina, Lúcifer é “redimido” e apresentado como anjo, caído sim, mas belo, sedutor e infeliz e surge uma nova personagem fantástica, o vampiro. O espetáculo da morte atrai e está muitas vezes ligado ao prazer, pulsão erótica *versus* pulsão de morte, Eros e Thanatos (Sade). No outro extremo surgem correntes de misticismo profundo à margem das religiões oficiais (William Blake).

Tudo isto traduz a sensibilidade de uma época que “após ter exorcizado o terror e os súpcios do Além, os reinventou para divertimento, após ter banido os castigos divinos se compraz no sentido do pecado e nesta forma de remorso

designado por “*mal de vivre*”¹

“Das Mädchen:

Vorüber! Ach, vorüber!

Geh, wilder knochenmann!

Ich bin noch jung! Geh, lieber,

Und rühe mich nicht an

Und rühe mich nicht an

Das Tod:

Gib deine hand, du schön und zart gebild

Bin freund, und komme nicht zu streifen

Sei gutes Muts! Ich bin nicht wild

Sollst sanft in meine armen schlafen”²

“Das Tod und das Mädchen”²

Mathias Claudius/Franz Schubert

O século XIX é a época das grandes descobertas médicas e científicas, que permitiram uma luta mais eficaz contra a doença e contra a morte. A mortalidade diminuiu globalmente, a esperança de vida à nascença aumentou, embora a mortalidade juvenil ainda tivesse um grande peso no cômputo geral. A cirurgia avançou muito não só pela introdução das técnicas de assepsia e

¹ Vovelle M: “La mort et l’occident de 1300 à nos jours”, Gallimard, Paris 1983, pag 485

² Claudius M/ Schubert F: “A donzela e a morte”

“A Donzela: vá embora! Ah, vá embora! Vá, feroz homem de ossos! Eu ainda sou jovem! Vá, de preferência, e não me toque,/ E não me toque.

A Morte: dê-me a sua mão bela e delicada forma! Sou amigo e não venho para punir/ Tenha bom ânimo! Eu não sou feroz,/ tranquilamente dormirá em meus braços!

antissepsia mas também pela evolução dos procedimentos anestésicos. Pela primeira vez foi possível, de forma eficaz controlar o sofrimento antes de tratar a doença, não sem que alguns, numa leitura religiosa, a meu ver muito pouco caritativa, tenham levantado o problema da legitimidade da eliminação de um sofrimento querido por Deus.

É a época da industrialização e da urbanização, trazendo para as cidades hordas de gente em busca de melhores condições de vida e de trabalho e encontrando apenas miséria e doença. A tuberculose, apesar da sua aura romântica, torna-se um dos piores flagelos resultante das condições de vida sórdidas do novo proletariado. De facto, morre-se de doença mas esta é fruto de um baixíssimo nível de vida em conjunto com excesso de trabalho. Engels traça o quadro do capitalismo desumano devorador de homens, mulheres e crianças. Este mundo novo será o da criança feliz? Quem leia as descrições da Inglaterra dickensiana em que a mão de obra juvenil era cruelmente explorada, terá as suas dúvidas! E, no entanto é na Inglaterra de Disraeli que surgem as primeiras leis de política social: legislação sobre acidentes de trabalho, reformas para os idosos, luta contra os alojamentos miseráveis e instauração da semana inglesa.

O lugar dos velhos também muda dentro de uma estrutura familiar que começa a desagregar-se deixando uma solidão sempre crescente.

O lugar onde se morre também se altera. Tradicionalmente a casa familiar, esta é substituída pelo hospital, embora nesta altura ainda, e sobretudo, para os mais desfavorecidos economicamente. Os séculos em que a religião era o intermediário obrigatório da última passagem começam a dar lugar à Medicina.

É o fim da posição hegemónica da religião cristã no que à morte diz respeito. Com a laicização da sociedade civil e a separação entre a Igreja e o Estado a prática que esta impõe torna-se uma opção, possível, entre outras.

A resposta foi um activismo militante, fazendo da sua missão uma predicação sobre a morte, o julgamento, o Inferno e o Paraíso (muito pouco!!!).

Mas é um activismo pouco criativo, o discurso sobre a salvação é repetitivo, com um cunho de contra-reforma, através da nomeação severa dos deveres do cristão, da ênfase no momento terrível da morte corporal, do Deus vingador de uma religião do medo donde estão totalmente ausentes o amor e a caridade. A preparação em vida permanece o objectivo essencial. A posição da Igreja, fechada num conjunto de dogmas, que resistem mal à prova do tempo, torna-se desconfortável.

As Igrejas protestantes estão demasiado divididas, tornando difícil a tomada de uma posição comum mas deixam uma mensagem reforçada do paraíso, como local de encontro de familiares e amigos. É uma imagem mais suave, que, sem deixar de acentuar a morte se dirige mais ao luto dos vivos do que propriamente aos muribundos. Neste contexto das várias posições religiosas, surgem, ainda que de forma tímida as exéquias civis e a morte sem sacramentos.

Do ponto de vista filosófico, enquanto Kant tentava relançar a doutrina da imortalidade e os materialistas exaltavam a atitude estóica perante a morte que consideravam como a aniquilação total e definitiva, os poetas-filósofos do início do século XIX trouxeram à problemática da morte uma abordagem inteiramente nova. O Romantismo faz da morte o seu “motivo” obsessivo. O fascínio pela

morte é perturbante: é o repouso e a evasão para o Além onde os corações martirizados encontram a paz.

A tuberculose era o símbolo da morte romântica, tal como surge em “A Dama das Camélias” e, de facto, muitos deles morreram muito jovens e tuberculosos. O pessimismo romântico não tem que ver com vidas necessariamente más mas com uma visão da existência, mais verdadeira e mais elevada, junto da qual a realidade se torna angustiante.

A morte porque suspiram não é a aniquilação; para uns é a absorção no Todo, para outros o começo da vida eterna, tal como é vista pelos cristãos. Sonham com o fim dos tempos e a abolição do mal. A expressão artística do romantismo abarcou sobretudo a poesia (Byron, Schiller, etc), a música (Schubert, Brahms) e a pintura (J.E.Millais, Dante Gabriel Rossetti).

“Out flew the web and floated wide;
The mirror cracked from side to side
“The curse has come upon me”,
Cried the Lady of Shallot

“The Lady of Shallot”
Alfred, Lord Tennyson¹

No século XIX as preocupações filosóficas focaram-se mais na imortalidade da alma do que propriamente na problemática da morte, desde o Idealismo de Hegel até ao pessimismo de Schopenhauer e de Nietzsche.

Por razões de ordem pessoal, Hegel foi muito cedo tocado pela morte que desempenhou um papel importante na construção da sua filosofia, algo influenciada pela glorificação da morte do movimento romântico (Hölderlin era o

¹ Tennyson AL “The Lady of Shallot”

Para fora voou a teia, flutuando para longe;/ O espelho rachou de lado a lado;/ “ A maldição
caiu sobre mim, chorou/ a Dama de Shallot

seu melhor amigo na época). O homem aparece como um ser sempre consciente da sua morte. Hegel não acreditava na imortalidade individual que é “uma faculdade actual do espírito e não um facto ou um acontecimento futuros”¹. A morte tornou-se para Hegel “*ein aufheben*”, palavra alemã que tem um triplo significado: anular, conservar e elevar. “Uma tal morte, com os seus sofrimentos físicos e morais é o elemento da reconciliação do espírito com ele mesmo”².

Schopenhauer foi o primeiro filósofo moderno a estudar sistematicamente as questões propostas pela morte. Apesar da sua concepção da vida profundamente pessimista, esforçou-se por provar que a verdadeira natureza do homem é indestrutível. Foi muito influenciado por Platão, Kant e pelos upanishads da literatura védica. Para o Budismo a vida é só dor e sofrimento, mas Schopenhauer não aceitava a metempsicose. Substituiu-a pela indestrutibilidade da natureza humana porque considerava absurdo que os organismos vivos tão perfeitos na sua concepção pudessem nascer para, após um curto espaço de tempo recaírem no nada absoluto. Tem a certeza de duas coisas: no homem a reflexão sobre a morte produz medo, levando-o a criar atitudes consoladoras nas quais se fundamentam todos os sistemas religiosos e filosóficos. Se a vida não é senão sofrimento, aflição e miséria porquê temer a morte? Não só a nossa mas a dos que amamos? O temor vem por um lado do nosso conhecimento da inevitabilidade do fim da nossa vida individual e, por outro lado da possibilidade da aniquilação e da percepção da fragilidade da vida. No entanto o suicídio é recusado, como inútil uma vez que a nossa verdadeira natureza é indestrutível.

¹, ² Hegel GWF citado por Jacques Choron em “La Mort et la Pensée Occidentale”, pag. 133

Ninguém acredita, no fundo de si mesmo, na sua própria aniquilação e ninguém se satisfaz com a explicação meramente psicológica de que esta posição resultaria do hábito ou da resignação inevitável. O homem procura argumentos, provas do seu carácter indestrutível. Não é a alma ou a consciência que persistem, mas a Ideia. Para explicar este conceito Schopenhauer volta-se para a obra de Kant, sobretudo para a distinção entre o fenómeno e a coisa-em-si, e para o conceito de que o tempo é a forma de intuição sensível do fenómeno, ou seja não é um conceito empírico, é-nos dado *a priori* como conceito puramente subjectivo da nossa intuição. O tempo está em nós. A nossa existência é um reflexo do nosso ser profundo, da nossa essência. A morte é o fim do fenómeno. O homem, enquanto coisa-em-si está situado fora do tempo e é eterno. Portanto o homem enquanto fenómeno é efémero mas a morte não atinge o seu ser verdadeiro, a sua essência é indestrutível. Se a vida tem um fim, o querer-viver permanece, daí a inutilidade do suicídio.

“O presente tem duas metades: uma objectiva e outra subjectiva. Só a metade objectiva possui a intuição do tempo como sua forma...; a metade subjectiva permanece firme, e logo é sempre a mesma...apesar do nosso conhecimento da fugacidade da nossa existência, a consciência da nossa imortalidade.”¹

O ascetismo deve fazer com que o homem ultrapasse o medo da morte. A supressão do prazer e a procura do sofrimento tornarão a morte bem-vinda, como uma libertação longamente desejada. É um erro acreditarmos que existimos para ser felizes. Desejar a imortalidade seria perpetuar o erro até ao infinito. A morte deve ser considerada como o verdadeiro objectivo da vida, é o preço da sua dádiva...

¹ Schopenhauer A: “Da Indestructibilidade do Nosso Ser Essencial pela Morte” in “Sobre o Sofrimento do Mundo” (tradução de Jorge Pinheiro), Coisas de Ler Edições, 2007 pag 57

“Que a vida humana deve ser algum tipo de erro está suficientemente provado pela simples observação de que o homem é um conjunto de necessidades que dificilmente são satisfeitas”¹.

Em Schopenhauer combinam-se a recusa da vida e a aversão extrema pela morte. Provavelmente a sua insistência sobre a vida de sofrimento tem como finalidade fazer com que o homem se resigne sobre a sua finitude.

Nietzsche representa uma nova abordagem à problemática da morte. Muito influenciado por Schopenhauer tentou, no entanto escapar ao seu pessimismo e ateísmo, através da reflexão filosófica como necessidade de ultrapassar o primeiro e responsabilizar-se pelo segundo. A principal divergência entre os dois é que Schopenhauer pressupunha a negação do querer-viver, uma vez que a vida é sofrimento enquanto Nietzsche defendia a vida, mesmo a mais dolorosa. O sofrimento não pode servir de argumento contra a vida. Sob o peso de dor física e sofrimento moral resultante de ter “morto Deus”, tentou uma série de diferentes estratégias para encontrar sentido na vida. No estudo dos clássicos pensou encontra a reconciliação entre o Apolinismo e o Dionisismo, ou seja entre a racionalidade e a harmonia intelectual e o espírito da vontade de viver. Na arte tentou encontrar um refúgio contra o vazio da existência, ao criar sonhos e ilusões que dão um sentido à vida. Rápidamente, porém esta solução tornou-se insuficiente. Procurou depois o paliativo do conhecimento racional, substituindo a ilusão da arte pela ilusão das ciências. É então que começa a conceber a ideia de um super-homem. O “Übermensch” é o homem dionisiano liberto dos seus instintos animais, que se disciplina e controla as emoções, aceitando o sofrimento e a dor da existência de forma a

¹ Schopenhauer A: “Da Vaidade da Existência” in “Sobre o Sofrimento do Mundo” (tradução de Jorge Pinheiro), Coisas de Ler Edições, 2007 pag 25

viver intensamente e de forma criativa. Sobretudo é preciso amar o destino (*amor fati*), o que só é possível com a doutrina do eterno retorno. Existe analogia com a doutrina da reencarnação do Budismo mas, enquanto naquele o mundo inteiro recomeça, nesta, só a alma participa e pode esperar encontrar uma vida melhor, enquanto no eterno retorno a vida repete-se de forma rigorosamente idêntica.

“Eis que vou morrer e desaparecer, num ápice serei um nada. As almas são tão mortais quanto os corpos...mas a cadeia das coisas em que estou envolvido, voltará e voltará a criar-me! Eu próprio faço parte das causas do eterno retorno...voltarei,...não voltarei numa nova vida, melhor ou pior do que a actual. Voltarei eternamente para a mesma vida, naquilo que ela tem de grande e de pequeno, para ensinar de novo o eterno retorno e todas as coisas..., para anunciar aos homens o super-homem”¹.

É possível que Nietzsche pensasse trazer algum consolo ao homem que teme ser aniquilado para sempre pela morte. Mas será o desespero tão grande que se queira reviver a mesma existência para sempre? Porque é o próprio Nietzsche que afirma: “A vida humana é sinistra e sempre desprovida de sentido”².

Para a maioria dos pensadores da época a sobrevivência é possível apenas através dos descendentes, das obras realizadas e da recordação. Como afirmava Auguste Comte “os seres desaparecidos têm uma presença real na recordação dos vivos, na substância do nosso espírito”³

Poderá esta permanência ajudar a estabelecer uma relação mais directa com os mortos, permitindo uma continuidade entre a família dos vivos e a família

¹ Nietzsche F, “Assim falava Zaratustra”, 3ª parte, “O convalescente”, II, Ediclube, Madrid 1992 pag 195

² idem, VII, pag 20

³ Vovelle M: “La mort et l’occident de 1300 à nos jours”, Gallimard, Paris 1983, pag. 600

invisível dos já desaparecidos? Ou transformar-se-á num verdadeiro culto dos mortos?

O que é certo é que no século XIX se assiste a um investimento colectivo nos valores familiares em que o túmulo é um elemento de ligação. Expressam-se novas formas de socialização da morte, dá-se muito ênfase ao luto e o cemitério adquire uma importância sempre crescente. Mais uma vez a apreciação da iconografia tumular é muito interessante: passa-se do túmulo individual, ainda predominante para o túmulo de família (jazigo). Há uma “recristianização”: os cemitérios anglo-saxónicos redescobrem a cruz e rejeitam-se o simbolismo pagão dos túmulos neo-clássicos.

O cemitério adquire um novo papel social, com a visita familiar ao túmulo e a colocação de flores. Outra novidade da época é a estatuária. As estátuas, como imagens do culto dos mortos obedecem indiscutivelmente a motivações políticas e ideológicas. Surgem primeiro como monumentos-túmulo em igrejas e cemitérios e ganham rapidamente outros espaços públicos. Reproduzem reis, heróis guerreiros de um passado longínquo ou glórias da ciência, da arte ou da literatura. A exaltação dos mortos guerreiros torna-se o modo de lembrar aos vivos o seu sacrifício e de incitar as gerações futuras a prosseguir o combate. Os cemitérios militares nascem nesta época e são objectos de veneração especial, surgindo a personagem nova do soldado desconhecido.

Os panteões acolhem os mortos célebres, o desejo de personificação conduz habitualmente a processos de heroização.

O fim do século, a “Belle Époque”, como todos os fins de século fez reaparecer a angústia da morte. Tratar-se-á de um fenómeno limitado a um grupo de

“decadentes” que se compraz em atmosferas mórbidas ou a expressão generalizada de um mundo que descobre a sua fragilidade? O que é evidente é que esta crise de sensibilidade se reflecte em tudo, desde a pintura onde numerosos artistas, dos pré-raphaelitas até Klimt, fizeram da morte um dos seus temas favoritos, até à música: Liszt, Brückner, Gustav Mahler.

Reaparece o gosto pelas histórias de fantasmas, pelo vampirismo (Bram Stoker) e assiste-se ao nascimento do espiritismo com Allan Kardec e Éliphas Levi.

Tudo isto representa o reflexo de uma sociedade obcecada pela morte, em antecipação do apocalipse. Este viria, sim, mas no século XX com dois conflitos mundiais que mudarão para sempre a visão humana da morte, ao ponto de o homem decidir que não quer falar mais dela.

Os séculos XX e XXI trazem uma perspectiva muito diferente à problemática da morte. São tempos contrastantes em que, se por um lado a ciência médica permitiu um recuo muito significativo da mortalidade, por outro lado a morte violenta atingiu níveis inimagináveis. A violência não se resume às duas guerras mundiais mas, não há dúvida que estas marcaram significativamente a consciência colectiva no que diz respeito à morte.

A maneira quase “cavalheiresca” de fazer a guerra, regulada por convenções (de Genebra a partir de 1864) relacionadas com o respeito pelas populações civis e com o relacionamento entre combatentes, foi completamente pulverizada por um conflito que fez milhões de mortos civis e que introduziu no vocabulário o termo genocídio, extermínio em massa, programado e

eficientemente executado por homens amorais ao serviço de ideologias tenebrosas. Outros conflitos marcaram e continuam a marcar de forma muito negativa a sociedade ocidental actual: a guerra do Vietname que provocou traumas físicos e psicológicos ainda hoje perceptíveis na sociedade americana e provavelmente também na vietnamita; guerras de descolonização em que Portugal infelizmente também esteve envolvido e que resvalaram quase sempre em guerras tribais, fruto de um ordenamento territorial concebido por europeus que desconheciam ou desrespeitaram autonomias de povos inteiros, em África; e, mais recentemente a suposta “guerra santa” levada a cabo por fanáticos com mentalidades medievais mas infelizmente com armas do século XXI, que nos mantêm a todos reféns do terror de uma morte súbita e inútil.

Numa era cada vez com menos convicções religiosas e extraordinariamente nihilista, mantem-se mesmo assim a necessidade de tentar dar um sentido à vida, apesar da morte. São efectivamente os filósofos existencialistas que mais têm a dizer sobre o significado e o sentido da existência humana individual.

O movimento existencialista, que dá um lugar preponderante ao problema da morte, iniciou-se no século XIX com Søren Kirkegaard. Foi ele que formulou o conceito de existência: é claro que o homem está consciente de que todos os homens são mortais, mas o que é verdadeiramente importante é compreender o que representa esta verdade no nosso próprio destino, ou seja “eu também devo morrer!”. A filosofia existencialista difere totalmente da antropologia filosófica que também se interessa pelo homem, pela sua diferença com os outros seres vivos, pelo seu lugar no mundo. O existencialismo não se interessa pelo homem em geral mas pela sua individualidade.

Kirkegaard, como teólogo, dava mais importância à redenção da alma imortal

do que à morte propriamente dita. A redenção depende da vida que se tem e da pureza da fé. A fé é a principal componente do existencialismo de Kirkegaard, a fé que “começa quando acaba a razão”¹, e que é “a mais alta paixão do homem”²

Heidegger ocupa-se da morte na medida em que ela toca o tema central da sua filosofia: “o problema do sentido do ser”.

O termo existência (*Dasein*) tem um sentido mais lato do que o que utilizamos habitualmente e aplica-se a um comportamento humano particular. A existência é pessoal e insubstituível, a sua essência reside no facto de existir, é um “ser-no-mundo”. O mundo como Heidegger o entende é tanto o nosso mundo colectivo como o nosso mundo individual e imediato.

A morte é uma possibilidade da existência, assumida desde o seu início o que transforma o “ser-no-mundo” no “ser-para-a morte” e é causa da angústia.

A morte é certa mas imprecisa, é “a impossibilidade absoluta da existência”, o “ser-para-a morte” é angústia...

Heidegger não responde verdadeiramente ao problema da morte, convida o homem a viver autenticamente, para que se possa elevar acima da insignificância da vida quotidiana, para que se possa tornar verdadeiramente livre. Para isso é preciso compreender que a existência é, por natureza e por necessidade um “ser-para-a morte”.

Não existe qualquer solução para o problema da morte, nem sob a forma de fé consoladora ou de aceitação da obrigação de morrer. Estas atitudes “escondem” a morte e Heidegger opõe-se a elas formalmente por serem manifestações típicas de uma existência não autêntica.

¹ Kirkegaard S, “Temor e Tremor” (tradução de Maria José Marinho), Guimarães Editores, Lisboa, 2009, pag 76

² idem, pag 161

Sartre interessa-se sobretudo pela liberdade do homem. O seu estudo do ser é dominado pelo problema do nada. A respeito do fenómeno da morte está em completo desacordo com Heidegger, contesta fundamentalmente o “ser-para-a morte”, porque a morte é um absurdo e não pode dar sentido à vida.

Existe uma grande diferença entre morrer de idade avançada ou prematuramente. No primeiro caso, esperar a morte é aceitar a limitação da vida, esperar a segunda é considerar a vida falhada. Se é o acaso que decide sobre a morte, ela não pode, de facto, dar um sentido à vida, pelo contrário retira-lhe todo o significado: “Se devemos morrer, a nossa vida não tem sentido porque os seus problemas não recebem qualquer solução e porque até a significação dos problemas permanece indeterminada”¹. A morte é, pois, a negação de todos os projectos, é um projecto que destrói todos os outros.

Longe de tentar consolar o homem com perspectivas de imortalidade ou aceitação, os existencialistas recomendam uma atitude rebelde contra a injustiça da morte. Mas esta resistência não é uma estratégia para a ultrapassar mas sim uma afirmação da vida.

A era pós-Darwin deslocou o homem do centro das reflexões filosóficas. Outras preocupações surgiram, nomeadamente a ecologia e o estatuto moral dos animais não humanos, temas tão caros a filósofos contemporâneos como Peter Singer e Tom Regan.

“O homem não passa de uma espécie animal entre outras num planeta solitário, num sistema solar vulgar que se encontra nas franjas de uma dos milhões de galáxias de um universo aparentemente infinito”².

Independentemente do pensamento filosófico/teológico desenvolvido ao longo

¹ Sartre JP “L’Être et le Neant” citado por em “O Existencialismo é um Humanismo” Editorial Presença, Lisboa 1970, pag 81

² Momeyer RW: “Western Philosophical Thought” in Encyclopedia of Bioethics, Washington, Georgetown University 1995, pag 504

de milénios, como encara o homem comum a morte? A cultura ocidental contemporânea parece negá-la. Numa sociedade que enfatiza o individualismo, a produtividade e o futuro, a perspectiva de não haver futuro, tornou-se uma abominação. A morte parece estar sempre longínqua--as catástrofes naturais, a guerra acontecem a outros e chega através dos *media*. Por outro lado, uma percentagem importante de pessoas morre no hospital, separando os muito doentes das suas famílias. Os idosos vivem física e psicologicamente afastados de filhos e netos e por isso a sua morte poderá ter pouco impacto na sua vida diária. A morte deixou de ser um processo gradual e natural, tornou-se um telefonema a meio da noite. A sociedade envergonha-se dos idosos, mais próximos da morte, numa civilização que alimenta o mito da juventude; são improdutivos e pouco consumistas pelo que quando se aproximam do fim são relegados para a solidão do hospital, quando não o são para o “encarniçamento terapêutico”. A morte é expulsa da experiência diária, tornando-se apenas do foro dos profissionais cada vez mais tecnológicos e menos humanos. Espera-se que a doença seja sempre curável. Quando as vidas dos doentes estão em risco, seja em que circunstâncias for, exercem-se pressões para usar medidas heróicas, a fim de mostrar que todo o possível está a ser feito, independentemente das hipóteses de sucesso ou das qualidades das vidas que se prolongam.

O que é feito do bom senso? Como diz Vladimir Jankélévitch: “Tudo o que compõe o senso clínico, era mais evidente quando os médicos liam menos revistas científicas e mais Horácio e Séneca, viam os doentes e conheciam os seus problemas”¹.

¹ Jankélévitch V : “Penser la Mort?” Éditions Liana Levi, 1994, pag 97

Na realidade não existe um verdadeiro tabu da morte no tempo presente. Nunca se discutiu tanto sobre a morte ou melhor dizendo, sobre as decisões que envolvem o morrer e os problemas éticos e morais de escolher a morte. Debate-se a morte medicamente assistida, o testamento vital, o direito à morte com dignidade, mas reflectir-se-á verdadeiramente sobre a morte? Sobre o que ela representa? Sobre o que ela significa? Deixo a reflexão do Dr. Rieux em “A Peste” de Albert Camus: “Tarrou avait perdu la partie, comme il disait. Mais lui Rieux q’avait-il gagné? Il avait seulement gagné d’avoir connu la peste, et de s’en souvenir, d’avoir connu l’amitié et de s’en souvenir, de connaître la tendresse et de devoir un jour s’en souvenir. Tout ce que l’homme pouvait gagner au jeu de la peste et de la vie, c’était la connaissance et la memoire. Peut-être était cela que Tarrou appelait gagner la partie!”¹.

DECISÕES ÉTICAS EM FIM DE VIDA

O progresso tecnológico da Medicina, ao mesmo tempo que abriu novas perspectivas de diagnóstico e terapêutica, pôs em causa conceitos seculares e acarretou dilemas éticos, quase sempre muito difíceis de ultrapassar.

O conceito de Morte foi alterado, foi possível prolongar a Vida artificialmente muito para além do que seria esperado, transformaram-se doenças quase invariavelmente fatais, em doenças crónicas com a necessária redefinição dos conceitos de qualidade de vida – vive-se muito mais mas não necessariamente melhor.

¹ Camus A: “La Peste” Gallimard, Paris 1947, pag 313

“Tarrou tinha perdido a partida, como ele dizia. Mas ele, Rieux, o que tinha ganho? Tinha apenas ganho ter conhecido a peste e de a lembrar, de ter conhecido a amizade e de a lembrar, de conhecer a ternura e de um dia a dever lembrar. Tudo o que o homem pode ganhar no jogo da peste e da vida era o conhecimento e a memória. Talvez fosse o que Tarrou chamava ganhar a partida!”

Tudo isto é muito ambíguo porque, se por um lado o progresso científico é objecto de expectativas muito positivas, por outro lado pode tornar-se assustador pelos seus efeitos secundários indesejáveis.

Como médica e como cirurgiã, ligada sobretudo à área oncológica e também ao Serviço de Urgência, gostaria de reflectir sobre aspectos tão importantes como o conceito de futilidade e obstinação terapêutica, a intervenção paliativa nos doentes terminais e a diferença entre matar e permitir que a morte ocorra...

O que é a Morte? Como se define?

Definir a morte é uma actividade filosófico/teológica mas a sua determinação e os seus critérios são inegavelmente médicos. A definição de morte envolve todo um conjunto de crenças e valores, pelo que pode haver uma multiplicidade de conceitos, que uma sociedade verdadeiramente pluralista deve respeitar ao estabelecer as suas políticas relativas à determinação e aos critérios de definição da morte.

O que é então a Morte? Numa definição puramente filosófica pode afirmar-se tratar-se da perda irreversível do que é essencialmente significativo para a natureza do ser humano. Na tradição judaico-cristã a morte ocorre no momento em que o espírito deixa o corpo, o que se manifesta pela ausência de respiração (espontânea), batimentos cardíacos e pulso. *"Quando a morte ocorre, a alma deixa o corpo com um grito silencioso que ecoa de extremo a extremo do mundo"*.

Durante milénios e até meados do sec. XX não parecia haver dúvidas que o fim

permanente do funcionamento do coração e dos pulmões era o critério para determinar que alguém tinha morrido.

No entanto, os progressos da tecnologia médica, nomeadamente o advento da Ressuscitação Cardiopulmonar, dos ventiladores, das Unidades de Cuidados Intensivos veio permitir o suporte das funções cardíacas, respiratórias e renais mesmo após a perda das funções neurológicas. É-se, assim, obrigado a reavaliar as funções que sempre associámos à Vida e a escolher quais as que são essencialmente significativas para a vida humana ou tão valiosas para nós que a sua perda permanente define a morte: a perda irreversível do “eu”, da auto-consciência, da vida relacional e também, de um ponto de vista puramente biológico, da capacidade integrativa do organismo. No fundo esta é a definição de morte cerebral: cessação irreversível de todas as funções cerebrais, incluindo as do tronco, a qual é diagnosticada com base em critérios neurológicos precisos, pela primeira vez formulados por um comité da *Harvard Medical School* em 1968, posteriormente modificados e acrescentados noutras instituições (Minnesota, Cornell, etc) e hoje quase universalmente aceites pela comunidade médica: coma, apneia, ausência de reflexos do tronco, depois de excluídas causas metabólicas, hipotermia ou drogas que afectam a função neurológica.

Se esta passagem dos critérios cardiocêntricos clássicos para os critérios cerebrocêntricos actuais, a nós, médicos nos parece uma evolução natural, para a sociedade em geral ela suscita dúvidas que se prendem sobretudo com aspectos culturais e religiosos: por exemplo, os judeus ortodoxos e os japoneses não aceitam critérios de morte cerebral, por considerarem que, para que a morte ocorra é necessária a cessação das funções vitais.

O ser humano pode ser encarado como uma entidade puramente física, como uma “consciência corporizada” ou como uma mistura de ambas. Estas diferentes posturas sobre a essência do homem devem ser consideradas aquando do estabelecimento das normas reguladoras, aquando da legislação de assuntos tão delicados; cabe-nos a nós, sociedade pluralista assegurar o respeito pela identidade cultural e religiosa de todos.

- “1. Usarei tratamentos para ajudar os doentes, segundo as minhas capacidades e o meu entendimento, jamais para causar dano ou injustiça.
2. Nas casas em que entrar, irei para auxiliar os doentes, abstendo-me de qualquer injustiça ou malefício intencional...”

Juramento de Hipócrates

Estes dois iténs estabelecem dois princípios que desempenham um papel central na história da Ética Médica: beneficência e não-maleficência.

Desde o tempo de Hipócrates até ao Iluminismo estes foram os princípios básicos da relação médico-doente: não fazer o mal e promover o bem. A partir

do sec. XVIII, o conceito de autonomia foi sendo progressivamente introduzido, primeiro politicamente e depois em outras áreas da vida humana, incluindo a prestação de cuidados de saúde.

Pretende-se analisar muito brevemente os princípios de beneficência (e o seu principal defeito, o paternalismo) e de autonomia (e a sua principal conquista, o consentimento informado) e avaliar de que modo este último alterou a relação médico-doente; se é possível como alguns autores propõem (Edmund Pellegrino e David Thomasma) restaurar a beneficência na prestação de cuidados de saúde ou se se assiste, como outros afirmam (Robert Veatch), à morte da ética médica hipocrática após 25 séculos de prevalência.

Embora os princípios de não-maleficência e de beneficência tenham séculos de formulação, foram redefinidos, reanalisados, ampliados (pelos de autonomia e de justiça), criticados, principalmente a partir da segunda metade do sec. XX, por diversos autores, dos quais se destacam Tom L. Beauchamp e James F. Childress, que no livro "*Principles of Biomedical Ethics*", apresentaram uma das mais influentes e difundidas propostas de fundamentação da bioética, com a finalidade de orientar as decisões morais no âmbito das ciências biomédicas.

O princípio de não-maleficência afirma sobretudo a obrigação de não causar dano intencionalmente (a máxima *primum non nocere* de Hipócrates), enquanto que o princípio de beneficência exige que se façam actos positivos para promover o bem. Embora alguns autores tais como William Frankena, unam os dois conceitos num único princípio, o facto é que a obrigação negativa que proíbe causar dano é claramente distinta da obrigação positiva de promover o bem.

Como já foi referido estes dois princípios foram centrais na ética médica durante séculos. Tradicionalmente, os médicos baseavam-se quase exclusivamente nos seus próprios julgamentos àcerca das necessidades dos doentes quanto à informação e terapêutica. No entanto, a crescente importância da autonomia e dos direitos dos doentes veio tornar mais premente o problema do paternalismo. Age-se de maneira paternalista quando se ultrapassam as preferências e as decisões de uma pessoa, anulando ou restringindo a sua autonomia. Gerald Dworkin definiu o paternalismo como: “a limitação intencional da autonomia de uma pessoa por outra, em que a que limita a autonomia justifica a acção exclusivamente pelo fim de ajudar a pessoa cuja autonomia é limitada”. Beauchamp e Childress seguem uma definição muito semelhante: “ultrapassar intencionalmente as preferências e acções de uma pessoa, por outra, em que esta última o justifica apelando ao fim de beneficiar ou prevenir ou mitigar o mal da pessoa cujas preferências ou acções são ultrapassadas”.

O paternalismo é uma mistura de beneficência e de poder, já que pretende beneficiar um ser humano, ao mesmo tempo que se nega a aceitar os seus desejos, opções e acções. Existe uma substancial diferença entre paternalismo “fraco” e “forte” (distinção proposta por Joel Feinberg, 1971/1986). O primeiro é uma acção realizada no melhor interesse de um doente que não pode dar um consentimento plenamente informado, seja por que razão fôr ou ao qual não é permitida a possibilidade plena de uma escolha livre. O segundo consiste em ultrapassar as escolhas e os desejos de uma pessoa completamente competente. No primeiro caso não existe um conflito real entre o respeito pela

autonomia e a beneficência, apenas se tenta evitar consequências danosas das acções do doente, as quais não foram escolhidas autónomamente por este. O segundo é questionável porque não só viola regras morais mas a própria finalidade da Medicina, que é curar quem está doente. Violar a autonomia de uma pessoa não é curar mas sim ferir a sua Humanidade. Talvez a maior falha do paternalismo médico seja a sua assumpção que os valores médicos são os mais importantes, com uma qualidade absoluta que ultrapassa todos os outros. Trata-se da “falácia do perito”: assume-se que o que é melhor para o doente são os valores professados pelo profissional, assumidos pela instituição ou pela sociedade ou culturalmente importantes, sem ouvir realmente o doente. Uma beneficência não paternalista é aquela que procura fazer o bem ou ajudar os outros nas suas necessidades, sempre que o peçam voluntariamente ou o aceitem. Daí a importância do consentimento informado do doente. Se este é impossível por falta de informação ou incapacidade, então o imperativo moral da beneficência procura sempre o maior bem do doente e presta toda a ajuda possível.

O conceito de autonomia tem a sua origem na teoria política. Em 1690 John Locke publica “*Two Treatises on Civil Government*” onde estabelece os fundamentos da teoria moderna dos direitos humanos. Entre os vários (vida, saúde, propriedades, etc): “todos os seres humanos têm o direito de conservar a sua própria liberdade, já que é a base da própria autonomia”. O conceito de autonomia reconhece a capacidade humana para a auto-determinação, livre, tanto de influências externas que a controlam, como de limitações pessoais que a impeçam de fazer uma escolha genuína e transforma-se num princípio

que afirma que a autonomia das pessoas tem que ser respeitada. John Stuart Mill considerou-o o principal princípio em “*On Liberty*” (1859): “ninguém deve interferir com a liberdade de acção de outrem excepto para evitar mal a outros”, embora o fizesse como fazendo parte da sua teoria da utilidade (uma acção é moral quando promove a maior felicidade para o maior número). O mais citado princípio de respeito pela autonomia é uma das versões do Imperativo Categórico de Kant: “trata os outros e a ti mesmo, nunca como meros meios mas como fins em si mesmos”. Assim, o espírito liberal abalou os seculares fundamentos do paternalismo. Pouco a pouco o doente começou a ser considerado como um ser adulto, autónomo, capaz de receber toda a informação e livre, de tomar, à luz desta, as decisões que considere pertinentes sobre o seu próprio corpo. Frente ao paternalismo médico começou a ganhar força a autonomia do doente. Este processo culminou em 1973 quando a Associação Americana de Hospitais aprovou o *Patient’s Bill of Rights*. Todos os direitos consignados nesta carta são especificações do direito à informação e ao consentimento. O consentimento informado tornou-se um direito humano individual. Os profissionais de saúde estão obrigados a dar aos seus pacientes a informação necessária sobre o diagnóstico, prognóstico e opções terapêuticas disponíveis bem como os respectivos riscos. A informação deve ser comunicada com veracidade, de modo a que o doente compreenda do que se trata e possa decidir com conhecimento de causa, em pleno exercício da sua autonomia. As únicas excepções a esta regra são os casos de urgência, incompetência, quando o doente declara que não quer saber e o chamado “Privilégio Terapêutico”, quando o médico acha que a revelação pode causar

danos irreparáveis num doente deprimido, instável ou emocionalmente impreparado para saber a verdade. No contexto clínico é importante determinar se as escolhas são verdadeiramente autónomas, pois uma pessoa autónoma pode, em determinadas circunstâncias fazer escolhas não autónomas. Por isso Ruth Faden e Tom Beauchamp pensam que as acções autónomas cumprem três condições: intencionalidade, conhecimento e ausência de controle externo (coerção, manipulação ou persuasão). Deve acrescentar-se ainda outra: autenticidade, ou seja coerência com o sistema de valores e atitudes perante a vida que uma pessoa assumiu de forma reflexiva e consciente. Ter ainda em consideração que a doença, ao provocar uma eventual disrupção entre o ego e o corpo, ao revelar a finitude da vida humana com a interrupção dos planos de vida e o processo de institucionalização, pode limitar a autonomia a vários níveis, o que não pode ser usado como desculpa para todo o tipo de paternalismo. Por outro lado as pessoas não podem ser abandonadas à sua autonomia, obrigadas a fazer escolhas em condições tão adversas como as descritas.

Numa ética centrada no bem do doente como a de Edmund Pellegrino e David Thomasma (*“Beneficência na Confiança”*), que tenta recuperar a ética aristotélica das virtudes, devemos procurar o *bem total* do doente, o que inclui o sentido da sua vida, a sua capacidade, como ser humano de fazer as suas escolhas, a percepção da sua qualidade de vida e naturalmente o bem médico. O bem do doente é a mais fundamental norma da relação médico-doente. Os médicos não podem interpor outras prioridades tais como interesses pessoais, investigacionais ou institucionais se estas conflituarem com o bem do doente.

Só assim se pode estabelecer uma relação de confiança, em que o doente sente que o médico está a proteger os seus interesses e o seu bem de acordo com os seus valores livremente expressos. As decisões devem ser dialogadas e as responsabilidades partilhadas com respeito mútuo. Porque a relação médico-doente é sempre desigual: o médico tem o poder e os conhecimentos para tratar e eventualmente curar e o doente tem a vulnerabilidade e a fragilidade conferidas pela doença. Até uma ética de mínimos como a Ética da Permissão de Tristram Engelhardt reconhece o valor do princípio da beneficência nos termos referidos: “faz a outros o seu bem”, levando em conta a definição do bem que eles têm e não a nossa (*“The Foundations of Bioethics”*).

Por isso é tão importante fazer o Juramento: com ele afirma-se publicamente o compromisso do médico para com os futuros doentes. No entanto, a tendência actual é para privilegiar os direitos e a autonomia sobre a beneficência. Alguns eticistas americanos como Robert Veatch (1992) chegam a defender que o médico é obrigado a providenciar tratamentos “a pedido” ainda que se desviem dos procedimentos standard e sejam inadequados. Isto está profundamente errado e é muito prejudicial para o doente, mas muitos médicos fazem-no porque acreditam que a autonomia é o principal valor e por receio de processos judiciais. Aliás, o aumento destes é uma das causas da quebra da relação médico-doente, que passaram a olhar-se como adversários e antagonistas. Parece ser mais legítimo tratar o médico como um providenciador de serviços e o doente como um consumidor de cuidados de saúde, numa economia de mercado. O médico tornou-se um estranho, os níveis de confiança diminuíram e, seguramente isso repercute-se na excelência da prestação de cuidados.

Numa sociedade egoísta e em plena negação, o nosso papel como médicos é deixar a “medicina defensiva”, pressionados pela família e pela sociedade, deixar de pensar que a incapacidade de prolongar a vida para além de certos limites, não é uma falha profissional mas uma ocorrência natural e, aprender que chegar a uma morte pacífica deve ser a finalidade da vida e, portanto da Medicina e que o processo de morrer é violado quando prolongado indevidamente por intervenção médica. É que é preciso confiar na nossa prudência (*fronesis*) para tomar decisões sensatas. É preciso voltar à imagem do médico segurando na mão do doente e não de olhos postos nos monitores. Não é a tecnologia que deve inspirar receio, mas a mentalidade de quem a emprega—pessoas falíveis que perderam a noção da sua falibilidade a fim de avançar as fronteiras do conhecimento, redesenhar a natureza e ultrapassar a morte. Não podemos permitir que o entusiasmo tecnológico triunfe sobre o cuidado humano.

Em Ética Médica, evoca-se frequentemente o princípio segundo o qual os doentes devem ser tratados com Dignidade e devem ter o direito de morrer com Dignidade.

Trata-se geralmente de fazer valer o respeito de escolha do doente no que diz respeito ao seu tratamento médico e mesmo à maneira como deseja morrer. Os doentes, sobretudo os mais idosos são frequentemente retirados do seu ambiente familiar para os serviços de urgência, tratados como pessoas que não têm direito a opinião e, no entanto eles devem ser ouvidos, devem poder expressar os seus sentimentos e os seus desejos.

Infelizmente a morte é cada vez mais solitária, mecânica e desumanizada.

Começou-se a tratar os doentes como “coisas”, sendo as decisões tomadas frequentemente à margem das suas opiniões.

Será que a Medicina permanece uma profissão humanitária ou se transformou numa ciência despersonalizada destinada a prolongar a vida sem diminuir o sofrimento?

É, pois, fundamental promover a humanização da morte por um conjunto de meios e cuidados, que permitam aliviar o sofrimento e evitar o isolamento dos doentes, muitas vezes eficazmente tratados por pessoas mais interessadas no funcionamento dos meios de suporte de vida do que no Ser Humano que têm à sua frente.

O Papa Paulo VI reavivou o conceito de “dignidade da morte”, afirmando: “compete ao Médico estar sempre ao serviço da Vida, assisti-la até ao fim, sem aceitar a eutanásia, nem renunciar ao dever profundamente humano de ajudar a vida a terminar com dignidade o seu curso terrestre”; reprovava o “encarniçamento terapêutico”: “em tantos casos não seria uma tortura inútil impor a reanimação vegetativa na última fase de uma doença incurável? O dever do Médico consiste, antes de mais, em dedicar-se a apaziguar o sofrimento, em vez de prolongar por qualquer meio e em quaisquer condições uma vida que prossegue naturalmente em direcção à sua conclusão”.

Os médicos são treinados para salvar vidas mas há que impôr limites, dentro dos princípios éticos e deontológicos às suas actuações, não cedendo à tentação de “fazer o papel de Deus”.

A qualidade de vida é um conceito holístico. Um doente pode ser confrontado com uma doença terminal e com a incapacidade que ela produz e, no entanto

ser capaz de apreciar a vida que lhe resta com qualidade. A avaliação desta necessita ser muito rigorosa, sempre em absoluta consonância com os valores e as preferências expressos pelo doente. Não se trata do conceito de qualidade de vida do médico mas do do doente. Esta avaliação influencia decisões clínicas e há que ter o discernimento de cessar as intervenções quando as tentativas de reverter o processo de morte são fúteis e se tornam cruéis para o doente. É necessário respeitar o valor de toda a vida humana e por isso, por vezes a intervenção do médico deve limitar-se a proporcionar medidas de conforto. Deve-se actuar sempre no melhor interesse do doente e isso pode ser não prolongar a vida a todo o custo, o que será seguramente considerado obstinação terapêutica. É claro que os médicos são treinados para salvar vidas e pode ser difícil ceder perante a morte. Face a um doente terminal pode ser complicado tomar decisões como não iniciar uma terapêutica ou suspendê-la. Também aqui se impõe uma avaliação muito cuidadosa do doente e dos riscos/benefícios da terapêutica, antes que esta possa ser considerada fútil. O próprio conceito de futilidade terapêutica está envolvido em controvérsia. Duma maneira geral consideramos fútil uma terapêutica incapaz de alterar o prognóstico da doença. Isto remete-nos para o problema da distinção entre meios ordinários e extraordinários de suporte de vida. Temos tendência a considerar as terapêuticas mais simples e menos invasivas como ordinárias e por isso, obrigatórias, enquanto as mais complexas e invasivas, extraordinárias e portanto, opcionais. Esta distinção é moralmente irrelevante, o que interessa é se o tratamento é benéfico ou não e portanto se deve ser iniciado ou se deve ser suspenso. Muitas vezes é mais fácil para o médico e para a família não

iniciar uma terapêutica do que suspendê-la. Isto é ilógico mas compreensível do ponto de vista emocional. No entanto não se pode não iniciar uma terapêutica apropriada por receio de ter que a suspender quando deixa de o ser, o que seria subtratamento, do mesmo modo que não se deve manter uma terapêutica que se torna inadequada pois isso seria sobretratamento. Não tem portanto qualquer lógica ou relevância moral distinguir entre uma e outra. Mais controverso e de mais difícil decisão será a suspensão da nutrição/hidratação. Dois argumentos contra referem-se á sua necessidade para o conforto e a dignidade do doente e o facto de elas simbolizarem a essência do cuidado e da compaixão, mas também se sabe que a colocação de cateteres e sondas pode envolver desconforto, dor e indignidade.

Tudo isto não significa que se invista menos no bem estar do doente e aqui os cuidados paliativos têm um papel fundamental.

Nenhuma destas decisões pode ser tomada sem o máximo respeito pela autonomia do doente, se este estiver consciente e for competente. Caso contrário agir sempre no seu melhor interesse, eventualmente de acordo com a família que poderá ter uma melhor perspectiva das preferências do doente. A existência de um testamento vital ou de directivas avançadas será igualmente muito relevante na tomada de decisão. A principal prioridade deverá ser sempre o alívio do sofrimento, da dor ou outra sintomatologia presente, embora ocasionalmente a actuação do médico possa, não intencionalmente, antecipar a morte (princípio de duplo efeito); esta será causada pela progressão natural da doença. Deixar morrer é moralmente admissível, causar a morte deliberadamente, não. A diferença entre um e outro pode ser subtil mas, por

isso a grande maioria das sociedades proíbe a eutanásia activa e permite deixar morrer quando os riscos e o peso de uma terapêutica ultrapassam largamente os seus benefícios ou quando um doente competente recusa tratamento.

Nenhuma reflexão sobre a Ética do fim da vida estaria completa sem uma referência à morte medicamente assistida (eutanásia e suicídio assistido). Os países que a despenalizaram definem-na como sendo voluntária, consistente e persistentemente pedida por doente em sofrimento insuportável e sem perspectivas de melhora. Desenvolveram mecanismos de controle rigorosos no sentido de minimizar os abusos: seria eticamente questionável fornecer morte assistida a pessoas que não estão satisfeitas com a vida (os “cansados da vida”), os que não a valorizam por motivos filosóficos ou os que têm uma atitude negativa em relação a ela. Nos países que a proíbem, os seus defensores normalmente culpabilizam os médicos e a Igreja, principalmente a Católica, pela sua não despenalização. Os médicos por estarem enquistados em posições éticas tradicionais, derivadas de uma interpretação dogmática do Juramento de Hipócrates. Mas, hoje em dia teremos assim tanta influência na sociedade? E mesmo que houvesse objecção de consciência, haveria sempre não objectores, tal como acontece com a interrupção voluntária de gravidez. Quanto à Igreja Católica é evidente que se oporia sempre, mas a grande maioria dos países que não despenalizou não é católica (Reino Unido, países nórdicos e a grande maioria dos países asiáticos cujas religiões admitem o suicídio em determinadas circunstâncias). Há quem diga que a religião organizada impede a sociedade e o governo de efectuar progressos sociais

que o público claramente pretende. Mas os governos, pelo menos na maioria dos países ocidentais, são laicos e o público faz parte dessa religião organizada, pelo que parece haver aqui alguma inconsistência. Há quem argumente com as características redentoras do sofrimento, mas isso é um assunto que cada crente tem que resolver na intimidade da sua fé e não pode ser imposto. Também se fala no “slippery slope” que tornaria os mais desfavorecidos e vulneráveis mais susceptíveis a pressões para escolher a morte assistida mas isso não se tem verificado nos países que a despenalizaram. Qualquer alteração da lei a este respeito tem que ser alvo de amplo debate e de referendo senão corre-se o risco de impor a vontade de uma minoria.

Termino com uma frase admirável da Dra. Elisabeth Kübler-Ross:

“Those who have the strength and love to sit with a dying patient in the silence that goes beyond words will know that this moment is neither frightening nor painful, but a peaceful cessation of the functioning of the body. Watching a peaceful death of a human being reminds us of a falling star; one of a million lights in a vast sky that flares up for a brief moment only to disappear into the endless night forever”¹.

Elisabeth Kübler-Ross
“On Death and Dying”

¹ Kübler-Ross E “On Death and Dying”. New York: Collier Books, 1970, pag 246.

“Os que têm a força e o amor de permanecer com um moribundo no silêncio que vai para além das palavras, saberão que este momento não é, nem assustador nem doloroso, mas uma cessação pacífica das funções do corpo. Observar a morte pacífica de um ser humano lembra-nos uma estrela cadente; uma, de um milhão de luzes num vasto céu que brilha por um breve momento, para depois desaparecer na eterna noite para sempre.”

SEGUNDA PARTE

“O Cirurgião face ao Doente Terminal”

INTRODUÇÃO

A Cirurgia propicia um relacionamento privilegiado entre médico e doente: este permite, consente na invasão do seu corpo, aquele vê-o na sua forma mais vulnerável: indefeso, na marquesa operatória. Isto cria um laço muito maior e mais profundo do que o mero acto de receitar medicação. A Cirurgia é também uma especialidade muito pragmática, de decisões difíceis e muito rápidas, especialmente em contexto de Urgência. Talvez por isso, os outros médicos nos vejam como o último recurso, quando já não há mais nada a fazer, especialmente em foro oncológico. No entanto, e apesar das moderníssimas técnicas de cirurgia minimamente invasiva, a cirurgia (e a anestesia) representam um stress enorme do ponto de vista físico e uma intrusão dolorosa no íntimo do doente. Por isso, as decisões de operar ou não, em determinadas circunstâncias têm que ser muito bem ponderadas e analisadas senão corremos o risco de nos obstinarmos em terapêuticas fúteis, que não só não trarão benefícios ao doente mas serão fonte de dor, desconforto e sofrimento.

O Serviço de Clínica Cirúrgica João Cid dos Santos recebe doentes considerados terminais em vários contextos.

Em primeiro lugar, os politraumatizados: os acidentes de viação são cada vez mais violentos, os acidentes de trabalho, cada vez mais frequentes e agravados pelo uso de equipamento de protecção inadequado e a violência gratuita que cresce assustadoramente: feridas por arma de fogo ou por arma branca começam a ser uma constante no Serviço de Urgência.

Normalmente estas vítimas são pessoas jovens que acabam na Sala de Directos ou na Unidade de Cuidados Intensivos, ligados a ventiladores, equilibrados do ponto de vista hemodinâmico e electrolítico, apenas para poderem doar os seus órgãos a outros que precisam e desse modo tornar menos inútil a sua morte prematura.

Ainda dentro do contexto do trauma é também frequente, pessoas muito idosas em terapêutica de anticoagulação ou de antiagregação plaquetária em que um traumatismo minor se transforma em hematomas intracranianos extensos, sem qualquer solução de um ponto de vista neurocirúrgico e cujo prognóstico é reservadíssimo. Permanecem então, com ordem de não reanimar até ao desfecho da situação.

Em segundo lugar, temos os doentes oncológicos, vítimas de uma doença tornada crónica pela potencialidade das terapêuticas existentes, sempre incurável, com possibilidades de remissão mais ou menos longas mas cujas recidivas são particularmente agressivas, acabando por ser internados no Serviço de Cirurgia onde inicialmente foram tratados, por falta de uma Unidade de Internamento em Cuidados Paliativos, embora sob orientação destes, de

modo a assegurar uma morte sem sofrimento mas solitária.

Em terceiro lugar os muito idosos, portadores de co-morbilidades gravíssimas, do ponto de vista cardiovascular ou degenerativo e que apresentam uma qualquer intercorrência cirúrgica, seguida inevitavelmente de inúmeras complicações que terminam geralmente em estados de falência orgânica múltipla.

Uma das principais formas através das quais um Serviço demonstra a qualidade dos cuidados que presta, e isto é particularmente importante em Cirurgia, é a realização de reuniões de morbilidade/mortalidade em que são discutidas as causas dos insucessos e as respectivas atitudes tomadas.

Ao longo da minha vida de cirurgiã tenho assistido a uma lenta mas segura mudança de mentalidade em relação aos doentes terminais.

Enquanto há uns anos atrás a priordade era operar sempre e em qualquer circunstância, mesmo que o resultado fosse claramente votado ao insucesso, agora são cada vez mais frequentes decisões “de acordo com a equipa, com a família e, muitas vezes o próprio doente, instituem-se medidas de conforto paliativo”. Estas medidas consistem habitualmente em hidratação, alimentação e analgesia de modo a manter o doente assintomático até ao fim previsível da sua vida biológica.

São, evidentemente decisões muito difíceis de tomar e que têm de ser muito bem ponderadas. Não podemos de modo algum ter pretensões de poder sobre a vida ou sobre a morte. Temos apenas a obrigação de tratar da melhor maneira possível os nossos doentes e isso pode passar por não tomar medidas terapêuticas agressivas que só servem para aumentar o sofrimento sem

proporcionar qualquer alívio.

Como salienta Gadamer: “Problemas terríveis pesam sobre o médico, sobretudo no tocante à chamada preparação para a morte. Em que medida pode o médico atenuar o sofrimento quando, juntamente com as dores, elimina também a personalidade, a sua vida de livre responsabilidade e a sua morte?”¹

Pareceu-me portanto pertinente tornar como objectivo desta dissertação:

1. Avaliar o conhecimento de um grupo de cirurgiões sobre os problemas éticos levantados pelas decisões em fim de vida
2. Avaliar as atitudes, do ponto de vista ético e deontológico, desse mesmo grupo de cirurgiões, face ao doente em fim de vida.

Material e Métodos

Nesta segunda parte foi utilizada metodologia de investigação qualitativa porque a intenção foi captar opiniões e tentar compreender atitudes. A análise de conteúdo com a sua característica de exploração e “descoberta” pareceu ser a mais adequada e eficaz para este fim.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, baseado em entrevistas não estruturadas a oito médicos, consistindo numa única pergunta à qual os participantes responderam livremente.

¹ Gadamer HG “O Mistério da Saúde” Edições 70, Lda, Lisboa 2009, pag 186

Amostra

Foram entrevistados oito médicos, cinco cirurgiões do Serviço de Clínica Cirúrgica João Cid dos Santos do Hospital de Santa Maria, em fases diferentes da sua carreira profissional, nomeadamente um Chefe de Serviço, dois Assistentes Graduados e dois Internos do Complementar, um médico intensivista responsável pela Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço, que não sendo cirurgião tem a seu cargo doentes exclusivamente cirúrgicos e dois especialistas em Medicina Interna que muito frequentemente consultam a equipa de cirurgia, sobretudo em contexto de urgência.

A escolha da amostra baseou-se em critérios de homogeneidade, embora com algum grau de diversidade dentro do grupo: todos os entrevistados estão ligados a um Serviço de Cirurgia, embora nem todos sejam cirurgiões e, como foi dito, em várias fases da sua carreira profissional.

O sexo dos entrevistados parece ser irrelevante mas a idade é importante pois o crescimento pessoal e profissional condiciona a reflexão e a abordagem dos temas em estudo.

O número de entrevistas foi suficiente uma vez que foi atingida a saturação à oitava entrevista

Colheita de Dados

Aos entrevistados foi pedida a colaboração com cerca de quinze dias de antecedência, a entrevista foi marcada para a hora e local à escolha dos

mesmos e gravada com o seu consentimento.

As entrevistas foram transcritas na íntegra.

A entrevista

Foi escolhida uma entrevista não estruturada porque quanto menor a intervenção do entrevistador maior é a riqueza dos conteúdos e menor a possibilidade de influenciar ou condicionar as respostas. A pergunta foi única, o guião foi-lhes fornecido antecipadamente, bem como o material de consulta quando o desejaram.

Eis a questão: “Perante um doente em fase terminal da sua vida biológica e face a uma interacção aguda, considera legítimo do ponto de vista ético, moral e deontológico: 1. não iniciar terapêuticas invasivas, tais como ventilação assistida, diálise ou procedimentos cirúrgicos; 2. suspender terapêuticas, manifestamente fúteis, já instituídas; 3. não iniciar terapêuticas mais simples, tais como antibioterapia ou colocação de sonda naso-gástrica para nutrição e hidratação; 4. manter o doente apenas com medidas elementares de conforto”.

Análise dos dados

Foi utilizada a análise de conteúdo segundo o método Bardin.

Os textos foram submetidos a análise categorial temática, divididos em unidades de registo (temas), cuja importância foi definida pela frequência de aparição.

As unidades de registo foram reagrupadas em categorias de acordo com os caracteres comuns destes elementos. O sistema de categorias não foi definido previamente, resultou da classificação progressiva dos elementos. O título de cada categoria só foi definido no fim da operação.

O quadro abaixo resume o número de unidades de registo (temas) por categoria ou subcategoria e por entrevista.

Foram consideradas mais relevantes, as mencionadas em quatro ou mais entrevistas (4).

Oito entrevistados mencionaram a *experiência profissional*, a *abstenção/suspensão* de medidas terapêuticas e o *alívio* que se pode proporcionar ao doente, quer do ponto de vista terapêutico, quer do ponto de vista de conforto.

Em sete entrevistas foram mencionadas a *qualidade de vida* e o que se consideram *medidas fúteis* e qual a atitude perante elas.

Seis entrevistas referiram-se à *beneficência*, definida como o que é melhor para o doente.

Cinco entrevistados falaram das *decisões*, nomeadamente da importância da *partilha* das mesmas, da necessidade da *personalização*, adaptando-as a cada doente, a *dificuldade* em tomá-las. A *autonomia* do doente é também um aspecto muito importante.

Finalmente em quatro entrevistas é importante considerar que existem *factores emocionais* por parte do médico que podem influenciar as atitudes, os *custos económicos*, hoje em dia tão importantes, a *formação profissional* que é distinta da experiência e a necessidade de resistir à tentação de “*to play God*”.

As restantes categorias, embora pouco mencionadas têm também alguma importância no contexto das entrevistas.

Categorias	Sub-categorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Experiência Profissional		5	3	14	4	2	33	1	1
Decisões									
	Partilha	9	21	15	6	3	1		
	Não-vinculação	7							
	Personalização	12	18	1		17	16		
	Dificuldade			7		9	9		2
Autonomia		13	2		12	58			1
Beneficência		11	5			23	29	7	6
Qualidade de vida		24	13	6	2	1		4	13
Abstenção/Suspensão		32	8	6	2	7	5	1	5
Medidas fúteis		13	18	9	17		2	8	
Medidas de alívio do doente		31	22	6		34	6	11	19
Factores emocionais do médico			12	2	2	7		2	
Custos económicos			4				4		3
Influências externas			12		4				
Formação Profissional				7		23	11		
Definição de doente terminal				14	1	17	11		
"To play God"				6	9		1	3	
Dificuldade em aceitar a morte/derrota				1			2		
Tabu da morte					11				
Dignidade na morte					1			3	
Cuidados paliativos						15			
Luto						10			
Deslocamento do local da morte casa/hospital							7		
Solidão da morte hospitalar									5

Maria Isidra Rocha Contreiras Cantante

Descrição e Discussão dos Resultados

Analisando o universo dos entrevistados, pareceu pertinente dividi-los de acordo com quatro critérios: a especialidade (cirurgiões/internistas); a diferenciação profissional (especialistas/internos); o sexo (homens/mulheres); o modo como abordaram a questão proposta (resposta organizada/resposta de fusão).

As diferenças entre os grupos são subtis, os pontos em comum, numerosos.

É necessário também ter em consideração que falo de doentes cirúrgicos ou potencialmente cirúrgicos embora o universo da cirurgia não esteja isolado e haja uma interacção muito importante com as outras especialidades, daí a comparação entre os cirurgiões (5) e os internistas (3) com os quais se tomam muitas decisões em conjunto.

Talvez por uma questão de formação profissional (e não de experiência) os médicos vêem os cirurgiões como capazes de resolver todos os problemas.

Talvez por isso um dos entrevistados se mostrou muito crítico quanto ao modo como os alunos e mesmo alguns médicos mais jovens encaram a aprendizagem da Medicina. São muito tecnicistas mas não observam bem os doentes, não assistem às autópsias quando estes morrem sem uma causa

bem estabelecida, não assistem às intervenções cirúrgicas dos seus doentes quando delas necessitam. Isto dá-lhes uma visão imperfeita da globalidade do doente e condiciona a tomada de determinadas decisões quanto ao doente terminal. Muitas vezes não têm a noção de que há estruturas que não podem ser lesadas, que nem todos os tumores podem ser ressecados e que nem sempre há benefício em intervir cirurgicamente.

Os cirurgiões têm bem consciência das suas limitações e sobretudo da agressividade dos seus procedimentos e do enorme stress físico e psicológico que isso representa para os doentes.

Por outro lado, pelo pragmatismo inerente à própria especialidade, os cirurgiões têm mais dificuldade em passar de atitudes, consideradas curativas para as puramente paliativas.

Todos têm em comum considerar o doente sempre em primeiro lugar, que o alívio sintomático, especialmente o contróle da dor é fundamental e que quando as medidas terapêuticas instituídas não trazem qualquer benefício, a melhor atitude é suspendê-las ou ponderar muito bem o seu início.

Do ponto de vista psicológico é mais fácil a abstenção do que a suspensão e por isso abster-se-iam sem qualquer dificuldade de terapêuticas agressivas, incluindo intervenções cirúrgicas, que, se desajustadas podem precipitar a morte. O principal problema prende-se com a ventilação assistida: não ligar ao ventilador um doente em óbvias dificuldades respiratórias ou desligá-lo sabendo que a morte ocorrerá, eventualmente pouco tempo depois é muito difícil e as pessoas sentem que estão a contribuir directamente para o fim. Outro problema, igualmente importante refere-se à alimentação/hidratação que

não é considerada como uma forma de terapêutica mas sim como o essencial e o básico do cuidar. Por isso teriam muita dificuldade em deixar desidratar ou não alimentar. O soro ou a colocação de sonda naso-gástrica são então considerados não como formas de agressão para o doente mas como fazendo parte dos cuidados básicos.

Consideram primordial manter a qualidade de vida, entendendo esta como, não só a ausência de sintomas que produzem sofrimento, dos quais a dor é o mais significativo, mas também a manutenção da consciência, da vida de relação, poder estar rodeado e ser acarinhado pelas pessoas que são importantes na sua vida, poder estar em casa e não no hospital, organizar o restante tempo de vida e mesmo organizar a sua morte, despedir-se de familiares e amigos, fazer coisas que não teve oportunidade.

Se, por acção de medidas terapêuticas agressivas e desajustadas se retiram ao doente estas possibilidades está-se-lhe a prestar um muito mau serviço.

Deve ficar bem claro que agressividade não é sinónimo de futilidade. Por vezes uma medida um pouco mais agressiva, mas aplicada na altura certa e com sucesso pode prolongar a vida mantendo a sua qualidade.

No grupo analisado de acordo com a diferenciação, o “background” cultural e educacional, a personalidade, a consciência, as vivências prévias e o modo como vêem a vida e as pessoas, o que faz parte tanto da experiência de vida como profissional, as respostas são mais individualizadas.

O grupo inclui seis especialistas e dois internos, um quase no fim da especialidade e outro do 3º ano.

A dificuldade na tomada de decisões e a razão pela qual estas devem ser

sempre partilhadas são os factores mais significativos que distinguem os especialistas dos internos.

Os especialistas, quer sejam cirurgiões quer sejam internistas são consistentes na afirmação de que a experiência auxilia a tomada de decisões mas também contribui para aumentar as dúvidas quanto à forma de lidar com doentes em fim de vida. Se por um lado estão habituados a tratá-los, por outro lado já todos tiveram experiência pessoal de casos considerados irrecuperáveis e que acabaram por ultrapassar a gravidade da sua situação clínica e retomar vidas ainda felizes e produtivas.

Os internos sentem-se inseguros por falta de formação profissional, pois embora tenham frequentado a cadeira de Ética durante o curso, acham os conhecimentos adquiridos insuficientes e apesar de poderem complementar a aprendizagem com a literatura disponível, sublinham a falta de cursos de formação, sobretudo na área dos Cuidados Paliativos. São algo inconsistentes nas suas afirmações porque se por um lado lamentam a falta de normas ou “guidelines” que lhes permitam participar nas decisões de forma mais informada, por outro lado reconhecem que a abordagem destes doentes é totalmente individual não se podendo generalizar quaisquer decisões mesmo em presença de circunstâncias clínicas idênticas, opinião que é, aliás, também a dos especialistas.

Para os internos a necessidade de estas decisões serem sempre partilhadas prende-se sobretudo com a responsabilização de todos, o que pode evitar a conflitualidade com os doentes e respectivas famílias e também para aliviar a carga psicológica que significa para o médico tomar uma tal decisão. Para os

especialistas este último aspecto também é importante mas a partilha permite sobretudo fundamentar melhor a decisão , quer do ponto de vista clínico, quer humano.

Um ponto em comum entre os dois grupos é: independentemente da constituição da equipa, que pode incluir os enfermeiros, os psicólogos, os assistentes sociais, etc, a decisão final deve ser sempre assumida pelo médico assistente, neste caso, uma vez que se tratam de doentes cirúrgicos, o cirurgião que operou. A decisão deverá depois ser discutida com o doente, se este tiver condições ou com a família, embora esta possa não ter os conhecimentos técnicos suficientes, devendo, no entanto, estar bem informada e de acordo, caso contrário podem tentar-se outras soluções e chegar a um compromisso, a bem do doente.

A principal dificuldade que ambos referem é a definição de doente terminal e o medo do efeito, muito perverso, de “armar em Deus”. A definição de doente terminal é muito difícil: é o doente que morre dentro de horas, dias? Ou é o doente que se vai degradando progressivamente durante anos, vítima de uma doença declaradamente incurável mas crónica? E como é que determinamos quando o doente atinge o ponto de irreversibilidade a partir do qual podemos passar da terapêutica curativa para a paliativa? Se tomar essa decisão pode parecer mais fácil nas doenças crónicas, por exemplo neoplasias multimetastizadas em que o curso para a morte é inevitável, nas intercorrências agudas tudo se torna mais difícil. É que se pode cair nos dois extremos, com efeitos igualmente perversos: ou se desiste demasiado precocemente de um doente ou se excede em terapêuticas que não o beneficiarão e que mais não

fazem do que arrastar o processo de morrer, por vezes com muito sofrimento.

O grupo é composto por cinco homens e três mulheres. Não há efectivamente diferença na sensibilidade com que encaram o doente em fim de vida. Quer sejam cirurgiões ou internistas, especialistas ou internos, os pontos de vista são muito semelhantes.

O apoio aos doentes deve iniciar-se aquando do diagnóstico. Este e o prognóstico não lhe devem ser escondidos, sendo particularmente reprovável que o doente ignore mas a família saiba. Pode levar a quebra na relação médico/doente. Há efectivamente doentes que não querem saber e que remetem para a família todas as informações e para o médico a responsabilidade de todas as decisões, o que não deve ser motivo para um paternalismo mal colocado. É essencial que o doente possa fazer o luto pela sua doença, o que é um aspecto benéfico no processo de aceitação da mesma. Retirar-lho é impedi-lo de gerir o seu futuro de acordo com as suas preferências.

Todos os doentes são tratados embora dentro do âmbito do cuidar e não do curar. O alívio do sofrimento, principalmente o controle da dor é a prioridade. O aspecto psicológico é também considerado prioritário: falar com o doente, dar-lhe carinho, atenção, até mesmo as medidas de higiene, que o façam sentir-se confortável, que o façam sentir-se bem são fundamentais. O apoio à família é referido por todos como sendo imprescindível: famílias em “burn-out” pela preocupação, pelo desgosto são uma fonte suplementar de stress para o doente que urge minimizar.

É lamentável que a morte, que é um assunto familiar se tenha deslocado de

casa para o hospital com as nefastas consequências que isso acarreta para o doente, ou seja a solidão da morte hospitalar.

Todos desejamos uma morte com dignidade e em paz, o que é interpretado como morrer sem dor, no seu ambiente com o conforto da família.

Finalmente o último ponto, como foi abordada a questão proposta, depende da personalidade e dos mecanismos de raciocínio de cada um: os analíticos que preferem meditar separadamente sobre cada ítem e os sintéticos que tendem a centrar o raciocínio naquilo que consideram mais importante e que mais os preocupa.

Por último, os custos económicos são abordados por quatro pessoas, não havendo qualquer padrão de preponderância nos grupos considerados. Na realidade uma cama em Cuidados Intensivos é muito cara, mesmo uma cama na enfermaria é muito dispendiosa, assim como a maioria dos meios complementares de diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, particularmente os cirúrgicos. Não pode ser um factor de decisão mas é um facto que gastar recursos que não beneficiam os doentes, que os prejudicam, que lhes aumenta o sofrimento, quando poderiam ser melhor e com mais sucesso aproveitados por outros, não é racional nem economicamente viável.

Este estudo tem a limitação resultante das dimensões da amostra que não permite a extrapolação dos resultados a populações maiores.

Mesmo assim, estes estão de acordo com o que tem sido escrito sobre decisões éticas em fim de vida, quer na literatura nacional, quer na internacional.

A grande maioria dos artigos e recomendações publicadas dizem sobretudo

respeito a doentes internados em unidades de cuidados intensivos, cujas realidades, na verdade, podem ser aplicadas a muitos dos nossos doentes, já que a gravidade dos seus quadros clínicos os coloca na Unidade do Serviço ou, mais raramente no Serviço de Medicina Intensiva.

O artigo de Paulo Marcelino e col. “*Obstinação, Abstenção Terapêutica e Não Reanimação em Cuidados Intensivos*”¹ revê conceitos e propõe atitudes, também referidos no estudo efectuado.

Do ponto de vista ético é particularmente relevante o enfâse dado à ponderação muito cuidada de todas as opções, a ponderação individual e personalizada de todas as decisões que nunca deverão ser vinculativas ou definitivas e, finalmente a importância do envolvimento da família ou do doente, se este tiver condições.

Do ponto de vista terapêutico, a importância do suporte farmacológico orientado para o conforto do doente e a supressão da dor, restringido a medicação ao essencial, considerando-se pois legítima a abstenção /suspensão de procedimentos tais como a diálise ou as transfusões, ou de medicação como as aminas ou mesmo a antibioterapia.

Quanto à ventilação assistida ou à alimentação/hidratação, normalmente são mantidos até aos estadios finais da doença, posição que não é consensual, embora faça parte das recomendações do “Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine”².

Estas recomendações que têm como principal finalidade tentar homogeneizar práticas, baseadas em critérios clínicos e éticos, dão igualmente muito enfâse à necessidade de proporcionar aos doentes uma morte digna e livre de dor,

¹ Marcelino P.; Nunes A.P.; Lopes M.G.; Mourão L.- Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Vol.10, nº 8, (Nov. Dez/2005), pag. 455-460

²Truog R.D.; Cist A.F.M.; Brackett S.E.; Burns J.P.; Curley M.A.Q.; Danis M.; DeVita M.A.; Rosenbaum D.M.; Sprung C.L.; Webb S.A.; Wlody G.S.; Hurford W.E.- Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine”. Crit Care Med. Vol.29, nº 12, (2001)

assegurando respeito e dignidade durante todo o processo do morrer.

A partilha de decisões, a autonomia do doente e o envolvimento da família no processo de decisão são temas recorrentes.

Curiosamente, sendo a decisão de não-iniciar ou suspender a ventilação assistida uma das mais controversas, segundo o artigo de Deborah Cook e col. publicado no New England Journal of Medicine¹ é a forma de suporte de vida mais frequentemente não-iniciada ou suspensa em antecipação da morte.

Foram estudados 851 doentes em 15 UCIs no Canada (11), EUA (2), Australia (1) e Suécia (1). Destes, 166 (19,5%) tiveram suspensão a ventilação assistida e destes 160 (96,4%) morreram na sequência deste processo.

Esta decisão foi baseada não tanto em critérios clínicos, apesar de se tratarem de doentes críticos, de prognóstico muito reservado, mas sobretudo na percepção pelo médico das preferências do doente, veiculadas pelo próprio ou pela família.

A importância dada ao respeito pela autonomia do doente, entre outros factores, poderá explicar a diferença de atitudes entre os vários países, marcando bem a diferença entre os de origem anglo-saxónica, em particular os EUA e os países do Norte da Europa, e os do Sul como Itália, Espanha ou Portugal que partilham uma medicina muito mais paternalista. É difícil não acreditar que a religião, a etnia e a cultura dos médicos não influenciem as decisões por eles tomadas, da mesma forma que influenciam seguramente as esperanças e as aspirações dos doentes e das suas famílias².

São deste tipo os *factores emocionais* e as *influências externas* referidas por uma maioria dos entrevistados.

Outro aspecto importante referido no estudo é a falta de formação profissional,

¹ Cook D.; Rocker G.; Marshall J.; Sjiokvist P.; Dodek P.; Griffith L.; Freitag A.; Varon J.; Bradley C.; Levy M.; Finfer S.; Hamielec C.; MacMullin J.; Weaver B.; Walter S.; Guyatt G.- Withdrawl of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit. N Engl J Med. Vol. 349, nº12, (September 18, 2003)

² Carlet J.; Thijs L.G.; Antonelli M.; Cassell J.; Cox P.; Hill N.; Hinds C.; Pimentel J.M.; Reinhart K.; Thompson B.T.- Challenges in the end-of-life care in the ICU. Intensive Care Med. Vol. 30, (2004) pag. 770-784

sendo que a abordagem dos doentes em fim de vida não deve ser específico dos especialistas em Cuidados Paliativos, mas de todos os médicos independentemente da especialidade.

Talvez se possa adoptar um modelo de cuidados como o “The Liverpool integrated care pathway for the dying patient” desenvolvido pelos Royal Liverpool University Hospitals Trust and the Marie Curie Centre Liverpool¹ que ajude a tratar melhor os doentes numa fase das suas doenças em que a abordagem curativa já não é possível e em que tudo se deve concentrar no conforto e no alívio sintomático.

CONCLUSÕES

O objectivo do estudo era:

1. Avaliar o conhecimento de um grupo de cirurgiões sobre os problemas éticos levantados pelas decisões em fim de vida
2. Avaliar as atitudes, do ponto de vista ético e deontológico, desse mesmo grupo de cirurgiões, face ao doente em fim de vida.

Parece ser consensual que o doente em fim de vida tem que ter uma abordagem diagnóstica e terapêutica diferente, especificamente individualizada.

Isso passa seguramente pelos cuidados paliativos, muitas vezes subvalorizados e só procurados quando já é tarde de mais.

A análise das entrevistas revelou diferenças muito subtis entre os vários grupos, relacionadas maioritariamente com a diferenciação profissional e a

¹ Ellershaw J.; Ward C.- Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ. Volume 326, 4 (January 2003).

especialidade dos entrevistados.

Estas diferenças são apenas conceptuais porque , na prática as atitudes são correctas e demonstram uma grande compreensão e compaixão por estes doentes.

Dificuldades e dúvidas fazem parte de quase todos os aspectos da vida e particularmente em Medicina foram elas que permitiram o progresso.

Neste caso especial, o progresso não está em aplicar indiscriminadamente todos os meios tecnológicos ao alcance de qualquer médico em doentes que não retiram deles qualquer benefício.

Há que ter bom senso e sobretudo avaliar muito bem os doentes, não só do ponto de vista clínico, mas também humano e até social. Compreender as suas angústias, os seus medos, as suas preferências e tentar integrar todos esses conhecimentos de modo a que a nossa intervenção possa ser útil, aliviadora e consoladora.

O Professor Fernando Paredes enuncia num artigo “*A Ética no Ensino da Cirurgia*”, as dez virtudes que um cirurgião deve desenvolver. Todas são importantes mas destacam-se: a Humildade, porque os riscos do acto cirúrgico são muitos e há tantos erros que se podem cometer, independentemente da perícia do cirurgião; Prudência, que deve presidir à escolha do “timing” e da técnica mais adequados à intervenção cirúrgica proposta, tendo em vista, sempre e só, o benefício do doente; Coragem para resistir às pressões externas e só operar quando existe absoluta convicção no benefício do acto; Verdade na transmissão de informação ao doente e família.

Para além das competências técnicas e particularmente quando se lida com o fim-de-vida, a prática destas virtudes é fundamental para se poderem ter as

¹ Paredes F. “A Ética no ensino da cirurgia” in “Contributos para a Bioética em Portugal”, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Edições Cosmos, Abril 2002

atitudes correctas, do ponto vista ético e moral, ao mesmo tempo que se tem a oportunidade de demonstrar a humanidade e a compaixão que são os pilares do verdadeiro Ser Humano.

Sou cirurgiã oncológica, principalmente na área da neoplasia da mama e melanoma.

Felizmente para o primeiro grupo as possibilidades de terapêutica curativa são muito boas, para o segundo, não, embora muito se esteja a fazer na área investigacional.

Quer sejam doentes mais novos ou mais velhos, a vontade de viver está presente em todos e a confrontação com um diagnóstico de malignidade pode ser devastador.

Algumas, poucas, estão em fase de progressão da doença mas continuam a lutar. Algumas sabem que o tempo que lhes resta é curto e verbalizam-no com medo, sobretudo de poderem sofrer. Tenho-as orientado frequentemente para a Consulta de Dor e para a Unidade de Cuidados Paliativos.

Sei que algumas já morreram porque as famílias me vêm dar a notícia e agradecer por tudo o que foi feito.

De certo modo é gratificante, triste claro, mas gratificante e inspirador.

CODA

O Homem tem uma natureza dualista: um corpo, perfeito do ponto de vista biológico e uma alma, um espírito.

Mas o que é exactamente o espírito? O eu? O que somos? A nossa essência? Centelha divina ou reacção química? Sejam quais forem as nossas crenças ou as nossa convicções, aquilo que nos torna diferentes dos outros seres vivos é a nossa dimensão espiritual: o conjunto da nossa hereditariedade, da nossa educação, da cultura em que estamos inseridos, das nossas crenças, das nossas memórias.

Todos os seres humanos têm um projecto de vida e raramente se pensa que esse projecto possa ser interrompido pela doença ou pela morte. Quando se é confrontado com o diagnóstico de uma doença grave com um fim previsível a curto ou médio prazo, a harmonia entre o corpo, que está doente e o espírito que se recusa a aceitar a doença, perde-se.

A função do médico é ocupar-se globalmente destes dois aspectos. Infelizmente hoje em dia estamos tão embrenhados nos nossos sucessos tecnológicos e na nossa superespecialização que nos esquecemos do Homem Total. Espera-se que possamos sempre curar e essa falsa ideia é veiculada para o público, que exige que se tomem medidas heróicas para salvar quem já não pode ser salvo.

A Medicina é não só a arte de curar, mas também a de cuidar. Isto é particularmente válido quando o doente chega à fase em que deixamos de lhe poder oferecer soluções curativas, mas em que devemos e podemos optar pelas paliativas.

Todos os doentes são tratados, não o são é da mesma maneira, nem com as mesmas intenções e perspectivas. A nossa principal meta é evitar o sofrimento e controlar a dor. O sofrimento não é redentor e a dor isola, interioriza. Fala-se muito em morrer com dignidade. O sofrimento não retira a dignidade mas retira a paz e esse deve ser o nosso objectivo: que o doente possa morrer em paz, consigo próprio, com o mundo e com Deus (para os crentes). Torna-se pois totalmente válido, do ponto de vista ético e deontológico recusar a obstinação terapêutica e acolher os cuidados paliativos como padrão do tratamento das doenças incuráveis, na expectativa de uma sobrevida curta.

O capítulo III, artigos 57º, 58º e 59º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos é muitíssimo explícito a este respeito.

Outro aspecto muito importante desta problemática é respeitar a vontade do doente, não lhe impondo a nossa. Para isso é preciso conhecê-la e isso só é possível através de uma sólida relação médico/doente. Reconheço que um testamento vital ou directivas avançadas de vida podem ser úteis, particularmente em situações de urgência, mas tal como está consignado na lei 25/2012 (publicada em Diário da República, 1ª série, nº 136 de 16 de Julho de 2012) é incompleto, indefinido e potencialmente perigoso para os doentes.

Em conclusão: o nosso dever é para com os nossos doentes e não nos devemos deixar pressionar por factores externos, nomeadamente as

hierarquias ou as famílias, a prosseguir com medidas terapêuticas invasivas cujo benefício é nulo.

Devemos sim, proporcionar-lhes assistência médica, aliviando o sofrimento; psicológica, permanecendo com eles até ao fim; espiritual, facilitando-lhes o acesso aos meios da sua comunidade religiosa e familiar, proporcionando a permanência, junto ao leito, de familiares, quando assim é desejado por ambas as partes, nos momentos finais.

Quanto à morte medicamente assistida é uma questão de responsabilidade pessoal e de liberdade de consciência.

Espera-se que não se torne a nova “*ars moriendi*” do século XXI.

BIBLIOGRAFIA

I- DAS CITAÇÕES

1. - **A Epopeia de Gilgamesh**. Lisboa: Centro do Livro Brasileiro; 1979
(tradução a partir de N.K.Sandars por Pedro Tamen) pag. 71.
2. Aristóteles; - **Metafísica**. Livro I (traduzido para Inglês por W.D.Ross):
(iBooks), pag 1.
3. Bacon, F.; - **On Death in Essays**. (iBooks), pag. 15.
4. Bíblia, **Eclesiastes** 3:1, 3:19, 3:20
5. Bíblia, **Livro de Job**, 1:21
6. Bíblia, Apocalipse de S. João, 6:8
7. Camus, A.; - **La Peste**. Paris: Gallimard; 1947, pag 313.
8. Caro, I A.; - **Les Medecins et la Mort XIX-XX siècles**. Paris: Aubier
Collections Historiques Éditions Flammarion; 2004, pag. 281.
9. Choron, J.; - **La Mort et la Pensée Occidentale**. Paris: Payot; 1969,
pag. 133.
10. Della Mirandola GP; - **Oration on the dignity of man**. Charles River
Editors; (iBooks), pag. 1.
11. D'Holbach, PHT.; - **Système de la nature ou des lois du monde
physique et du monde moral**. cap XII, (iBooks) pag 1401.

12. Epicteto; - **Discourses** (traduzido para inglês por Hastings Crossley) CLX, pag 252, CXIX, (iBooks), pag 192.
13. Epicuro; - **Doctrines**. (traduzido do Inglês por Cassius Amicus): Smash words; 2011, (iBooks) pag. 34.
14. Espinoza, B.; - **Éthics**. (traduzido para Inglês por R.H.M.Elwes) parte IV, Proposição LXVII (iBooks), pag. 554.
15. Ferreira, V.; - **O Existencialismo é um Humanismo**. Lisboa: Editorial Presença; 1970, pag 81.
16. Gadamer, HG.; - **O Mistério da Saúde**. Lisboa: Edições 70, Lda; 2009, pag 186.
17. Homero; - **Odisseia**. Madrid: Ediclube; 1996, pag. 167.
18. Hume, D.; - **De l'imortalité de l'âme in Essais et Traités sur Plusieurs Sujets** (traduzido de "On Imortality" por Michel Malherbe) Paris: Librairie philosophique J.Verin, 2009 pag. 281.
19. Jankélévitch, V.; - **Penser la Mort?**. Paris: Éditions Liana Levi; 1994, pag 97
20. Kant, I.; - **The critique of pure reason**. (tradução de JMD Meiklejohn), Project Gutenberg 2003 (iBooks) pag1317.
21. Kant, I.; - **Crítica da razão prática**. (tradução Artur Morão), Lisboa: Edições 70, Lda; 2008, pag 172.
22. Kirkegaard, S.; - **Temor e Tremor**. (tradução de Maria José Marinho), Lisboa : Guimarães Editores ; 2009, pages. 76, 161.
23. Kübler-Ross, E.; - **On Death and Dying**. New York: Collier Books, 1970, pag 246

24. La Mettrie, JO.; - **L' Homme Machine**. (iBooks) pag. 13.
25. La Rochefoucauld, F.; - **Reflexions ou Sentences et Maximes Morales**.
26, (iBooks), pag. 21.
26. Leibniz, GW.; - **Discours de métaphysique**. (iBooks) pag. 78.
27. Leibniz, GW.; - **Principles de la nature et de la grace fondés en
raison**. (iBooks) pag. 250
28. - **Livro dos Mortos do Antigo Egipto**. S.Paulo: Madras Editora, Lda;
2003 (Edição traduzida e comentada por Dr. Ramsés Seleem, Godsfield
Press, 2001) pag.14.
29. Marcus Aurelius; - **The thoughts of the Emperor Marcus Aurelius
Antoninus**. Livro VI, 10, (iBooks), pag 140.
30. Marcus Tullius Cicero ; - **Tusculan Disputations**. Livro 1, XLIX,
(traduzido para inglês por C.D.Yonge) New York: Harper & Brothers,
Publishers; 1877 (iBooks), pag. 161.
31. Momeyer, RW.; **Western Philosophical Thought in Encyclopedia of
Bioethics**. Washington: Georgetown University; 1995, pag 504.
32. Montaigne, M.; - **Essays**. (traduzido para Inglês por Charles Cotton)
Livro 3, Cap XIX, (iBooks) pag. 112.
33. Morin, E.; -**L'homme et la mort**. Paris: Éditions du Seuil; 1970 pag. 292.
34. Nietzsche, F.; - **Assim falava Zaratustra**. 3ª parte, "O convalescente", II,
Madrid : Ediclube; 1992, pag. 195.
35. Nietzsche, F.; - **Assim falava Zaratustra**. VII, Madrid: Ediclube; pag 20.

36. Pascal, B.; - **Pensées**. New York: E.P.Dutton & CO.,INC; 1958 (iBooks) pag. 258.
37. Platão; - **Críton**. (traduzido para Inglês por Benjamin Jowett): Projecto Gutenberg; 1999 (iBooks) pag. 16.
38. Platão; - **Apologia**. (traduzido para Inglês por Benjamin Jowett): Projecto Gutenberg; 2008 (iBooks) pag. 72, pag. 106.
39. Platão; - **Górgias**. (traduzido para Inglês por Benjamin Jowett): Projecto Gutenberg, 2008, (iBooks), pag 433.
40. Schopenhauer, A.; - **Da Indestructibilidade do Nosso Ser Essencial pela Morte in Sobre o Sofrimento do Mundo** (tradução de Jorge Pinheiro), Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2007 pag 57.
41. Schopenhauer, A.; - **Da Vaidade da Existência in Sobre o Sofrimento do Mundo** (tradução de Jorge Pinheiro), Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2007 pag. 25.
42. Séneca; - **De Vita Beata** (traduzido para francês por François Rosso) Paris: Arléa; 1995, pag. 51.
43. Séneca; - **De Brevitate Vitae** (traduzido para francês por François Rosso), Paris: Arléa; 1995, pags. 90, 96, 105, 119.
44. Shakespeare, W.; -**Hamlet Prince of Danemark**. Ware: Wordsworth Editions, Lda; 1996.
45. Sófocles; - **Antígona**. Madrid: Ediclube; 1999, pag. 103.
46. Titus Lucrecius Carus ; - **On the Nature of Things**. (traduzido para ingles por William Ellory Leonard), (iBooks).

47. Vovelle, M.; - **La mort et l'occident de 1300 à nos jours**. Paris: Gallimard; 1983, pags. 229, 485, 600.
48. Xenofonte; - **Apologia de Sócrates**. (traduzido para ingles por H.G.Dakyns): Projecto Gutenberg; 2008 (iBooks), pag. 23.

II. 1ª PARTE

1. - **A Epopeia de Gilgamesh**. Lisboa: Centro do Livro Brasileiro; 1979.
(tradução a partir de N.K.Sandars por Pedro Tamen)
2. Annas, GJ.; - **Reich' Encyclopedia of Bioethics**. Washington: Georgetown University; 1995.
3. Aries, P.; Chartier R, Cousin, B.; Croix, A.; Ernst, G.; Fabre, D.; Thomas, LV.; Vovelle, M.; - **La Mort Aujourd' hui**. Marseille: Editions Rivages; 1984.
4. Aristóteles; - **De Anima**. (traduzido do Inglês por J.A.Smith) (iBooks)
5. Aristóteles; - **De Caelo**. (traduzido do Inglês por J.L.Sock)(iBooks)
6. Aristóteles; **Ética a Nicómaco**. Lisboa: Quetzal Editores, 2009.
(António de Castro Caeiro).
7. Bacon, F.; - **On Death in Essays**. (iBooks).
8. Barbosa, A.; Neto, IG.; - **Manual de Cuidados Paliativos**. Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010.
9. Beauchamp, TL.; Childress, JF.; - **Principles of Biomedical Ethics**. New York: Oxford University Press; 2009.

10. Beauchamp, TL.; - **Reich' Encyclopedia of Bioethics**. Washington: Georgetown University; 1995.
11. Becker, E.; - **The Denial of Death**. New York: Free Press Paperbacks, Simon & Schuster; 1973.
12. Brody.; - **Reich' Encyclopedia of Bioethics**. Washington: Georgetown University; 1995.
13. Carol, A.; - **Les Medecins et la Mort XIX-XX siècles**. Paris: Aubier Collections Historiques Éditions Flammarion; 2004.
14. Choron, J.; - **La Mort et la Pensée Occidentale**. Paris: Payot; 1969.
15. Churchill, LR.; - **Reich' Encyclopedia of Bioethics**. Washington: Georgetown University; 1995.
16. **Concerning Death A Practical Guide for the Living**. Edited by Earl A. Grossman, Boston: Beacon Press; 1974.
17. Della Mirandola GP; - **Oration on the dignity of man**. Charles River Editors; (iBooks).
18. D'Holbach, PHT.; - **Système de la nature ou des lois du monde physique et du monde moral**. cap XII, (iBooks).
19. Dworkin, R.; - **Life' Dominion an argument about abortion, euthanasia and individual freedom**. New York: Vintage Books, Random House; inc, 1994.
20. Epicteto; - **Discourses**. (traduzido para inglês por Hastings Crossley) CLX, pag 252, CXIX, (iBooks).
21. Epicuro; - **Doctrines**. (traduzido do Inglês por Cassius Amicus): Smash words; 2011, (iBooks).

22. Espinoza, B.; - **Éthics**. (traduzido para Inglês por R.H.M.Elwes) parte IV, Proposição LXVII (iBooks).
23. Ferreira, V.; - **O Existencialismo é um Humanismo**. Lisboa: Editorial Presença; 1970.
24. Gadamer, HG.; - **O Mistério da Saúde**. Lisboa: Edições 70, Lda; 2009.
25. Gonçalves, JASF.; - **A Boa-Morte Ética no Fim da Vida**. Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2009.
26. Heraclito; - **Fragmentos**. Paris: GF Flammarion; 2002.
(Tradução de Jean-François Pradeau)
27. Jankélévitch, V.; - **Penser la Mort?**. Paris: Éditions Liana Levi; 1994.
28. Kant, I.; - **The critique of pure reason**. (tradução de JMD Meiklejohn), Project Gutenberg 2003 (iBooks).
29. Kant, I.; - **Crítica da razão prática**. (tradução Artur Morão), Lisboa: Edições 70, Lda; 2008.
30. Kerrigan, M.; - **The History of Death Burial Customs and Funeral Rites, from the Ancient World to Modern Times**. Guilford Connecticut: The Lyons Press; 2007.
31. Kirkegaard, S.; - **Temor e Tremor**. (tradução de Maria José Marinho), Lisboa : Guimarães Editores ; 2009.
32. Kübler-Ross, E.; - **On Death and Dying**. New York: Collier Books, 1970,
33. Landsberg, PL.; - **Essai sur l' experience de la mort**. Paris: Éditions du Seuil; 1951.
34. La Mettrie, JO.; - **L' Homme Machine**. (iBooks).
35. Leibniz, GW.; - **Discours de métaphysique**. (iBooks) pag. 78.

36. Leibniz, GW.; - **Principles de la nature et de la grace fondés en raison.** (iBooks).
37. Lidz, V.; in Reich' **Encyclopedia of Bioethics.** Washington: Georgetown University, 1995.
38. **Livro dos Mortos do Antigo Egipto.** S. Paulo: Madras Editora, Lda; 2003 (Edição traduzida e comentada por Dr. Ramsés Seleem, Godsfield Press, 2001)
39. Marcus Aurelius; - **The thoughts of the Emperor Marcus Aurelius Antoninus.** Livro VI, 10, (iBooks).
40. Marcus Tullius Cicero ; - **Tusculan Disputations.** Livro 1, XLIX, (traduzido para inglês por C.D.Yonge) New York: Harper & Brothers, Publishers; 1877 (iBooks).
41. Marino, G.; - **Ethics.** New York: Modern Library, Random House; 2010.
42. Miller, B.; - **Reich' Encyclopedia of Bioethics.** Washington: Georgetown University; 1995.
43. Momeyer, RW.; **Western Philosophical Thought in Encyclopedia of Bioethics.** Washington: Georgetown University; 1995.
44. Montaigne, M.; - **Essays.** (traduzido para Inglês por Charles Cotton) Livro 3, Cap XIX, (iBooks).
45. Morin, E.; - **L'homme et la mort.** Paris: Éditions du Seuil; 1970.
46. Nietzsche, F.; - **Assim falava Zaratustra.** Madrid : Ediclube; 1992.
47. Pascal, B.; - **Pensées.** New York: E.P.Dutton & CO.,INC; 1958 (iBooks)
48. Pellegrino, ED.; Thomasma, DC.; - **For the Patients Good- The Restauration of Beneficence in Health Care.** New York: Oxford University Press; 1988.

49. Platão; - **“Crítion”** (traduzido para Inglês por Benjamin Jowett) Projecto Gutenberg, 1999 (iBooks).
50. Platão; - **Apologia.** (traduzido para Inglês por Benjamin Jowett) Projecto Gutenberg, 2008 (iBooks).
51. Platão; - **Fédon.** (traduzido para Inglês por Benjamin Jowett) Projecto Gutenberg, 2008 (iBooks) .
52. Randall, F.; Downie, RS.; - **Palliative Care Ethics – A Companie for all Specialties.** Oxford: Oxford University Press; 1999.
53. Rothman, DJ.; - **Strangers at the Bedside.** New York: Aldine de Gruyter; 2003.
54. Schopenhauer, A.; - **Sobre o Sofrimento do Mundo.** (tradução de Jorge Pinheiro), Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2007.
55. Séneca; - **De Vita Beata** (traduzido para francês por François Rosso) Paris: Arléa; 1995.
56. Séneca; - **De Brevitate Vitae** (traduzido para francês por François Rosso), Paris: Arléa; 1995.
57. Sgreccia, E.; - **Manual de Bioética Fundamentos e Etica Biomédica.** Milano: Pubblicazioni dell’Università Cattolicadel Sacro Cuore; 2007.
58. Titus Lucrecius Carus ; - **On the Nature of Things.** (traduzido para ingles por William Ellory Leonard), (iBooks).
59. Vovelle, M.; - **La mort et l’occident de 1300 à nos jours.** Paris: Gallimard; 1983.
60. Xenofonte; - **Memorabilia.** (traduzido para Inglês por H.G.Dakyns) Projecto Gutenberg, 2008 (iBooks).

61. Xenofonte; - **Apologia de Sócrates**. (traduzido para Inglês por H.G.Dakyns) Projecto Gutenberg, 2008 (iBooks).

III. 2ª PARTE

1. Baker, SE.; Edwards, R.; How many qualitative interviews is enough?
NCRM
2. Barden, L.; - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2001.
3. Bogdan, R.; Biklen, S.; - **Investigação qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora; 1994.
4. Bradley, EH.; Curry, LA.; Devers, KJ.; Qualitative Data Analysis for HealthServices Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory
Health Research and Educational Trust. Vol. 42. Nº4. (August 2007).
p. 1758-1770
5. Cook D.; Ricker G.; Marshall J.; Sjiokvist P.; Dodek P.; Griffith L.; Freitag A.; Varon J.; Bradley C.; Levy M.; Finfer S.; Hamielec C.; MacMullin J.; Weaver B.; Walter S.; Guyatt G.- Withdrawl of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit. **N Engl J Med**. Vol. 349, nº12, (September 18, 2003)
6. Carlet J.; Thijs L.G.; Antonelli M.; Cassell J.; Cox P.; Hill N.; Hinds C.; Pimentel J.M.; Reinhart K.; Thompson B.T.- Challenges in the end-of-life care in the ICU. **Intensive Care Med**. Vol. 30, (2004) pag. 770-784

7. Eco, U.; - **Como Fazer uma Tese**. Milano: Casa Editrice Valentino Bompiani & C.; 1977 (Tradução Editorial Presença, Lisboa 13ª edição tradução de Ana Falcão Bastos e Luís Leitão 2007).
8. Ellershaw J, Ward C Care of the dying patient: the last hours or days of life **BMJ** volume 326 4 January 2003
9. Guerra, IC.; - **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo sentidos e formas de uso**. Cascais: Principia; 2006.
10. Guest, G.; Bunce, A.; Johnson, L.; How Many Interviews Are Enough? : An Experiment with Data Saturation and Variability **Field Methods**. Vol. 18. Nº 1. (February 2006). p. 18- 59
11. Luborsky, MR. ; Rubinstein, RL.; Sampling in Qualitative Research : Rationale, Issues, and Methods **Research on Aging**. Vol.17. Nº 1. (March 1995). p. 89-113
- 12.. Marcelino P.; Nunes A.P.; Lopes M.G.; Mourão L.- **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**. Vol.10, nº 8, (Nov. Dez/2005), pag. 455-460
- 13.. Marshall, H.; What do we do when we code data? **Qualitative Research Journal**. Vol. 2. Nº 1. (2002). p. 56-70
- 14.. Marshall, MN.; Sampling for qualitative research **Family Practice**. Vol. 13. Nº 6 (1996). p. 522-525
- 15.. Morse, JM.; Determining Sample Size **Qualitative Health Research**. Vol.10. Nº 1. (January 2000). p. 10: 3
16. Paredes F. “A Ética no ensino da cirurgia” *in* **Contributos para a Bioética em Portugal**, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Edições Cosmos, Abril 2002

17. Starks, H.; Trinidad, SB.; Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory
Qualitative Health Research. Vol. 17. Nº 10. (December 2007)
p.1372-1380
18. Truog R.D.; Cist A.F.M.; Brackett S.E.; Burns J.P.; Curley M.A.Q.; Danis M.; DeVita M.A.; Rosenbaum D.M.; Sprung C.L.; Webb S.A.; Wlody G.S.; Hurford W.E.- Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine". **Crit Care Med.** Vol.29, nº 12, (2001)
19. Ziebland, S.; McPherson, A.; Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness)
Medical Education. .40. (2006). p. 405–414

Anexos

Entrevista Dra. Rosário Rosa

E1

Eu chamo-me Rosário Rosa e sou Intensivista com formação de base em Medicina Interna, sempre trabalhei fundamentalmente em Cuidados Intensivos onde as questões de decisão de fim de vida se põem de forma praticamente diária. Nós sabemos que cerca de 80% dos doentes que morrem nas Unidades de Cuidados Intensivos, morrem com algum tipo de suspensão de medidas: ou medidas de não-reanimação ou medidas de suspensão de terapêutica ou medidas de não iniciar terapêutica, inclusivamente no nosso SO, nos dados do estudo Helix sobre infecção em Cuidados Intensivos que nós temos, no último ano mais de metade dos doentes que morreram no SO, morreram com algum tipo de limitação das nossas terapêuticas.

Eu penso que é fundamental a equipa, e depois gostaria de falar um bocadinho sobre isso, a equipa pôr estas questões entre si e quando o doente está apto para isso, provavelmente também falar com o doente. A questão é: quem é que é a equipa, se deve incluir só os médicos, se deve incluir os enfermeiros, se deve incluir a família, ou outros técnicos, estou a pensar, por exemplo nos psicólogos ou até mesmo a assistente social. Eu penso que fundamentalmente, e se calhar um bocadinho ao contrário dos países anglo-saxónicos, eu penso que cabe fundamentalmente à equipa médica; agora o doente deve ser

incluído sempre que consiga ter autonomia para isso, o que também é um conceito complicado, não queria entrar muito por esse campo. Essas decisões devem ser colocadas à medida que o tempo vai passando, à medida que se conhece o doente, um bocadinho a perspectiva que ele tem, aquilo que ele conhece da doença e da evolução e acho que é obrigatório essas decisões serem afloradas com o doente e sobretudo dentro da equipa, a tempo. A outra questão que eu penso que é muito importante é que qualquer decisão que se tome não é irrevogável e pode em qualquer momento ser revogada, ou seja eu posso decidir agora que este doente não deve iniciar determinado tipo de terapêutica, porque não faz sentido, porque é fútil mas, se porventura a evolução ou alguma coisa vier alterar isso, eu penso que isso é um princípio, podemos sempre mudar a nossa decisão porque obviamente podemos-nos enganar. A terceira questão é isto: qualquer doente é sempre tratado, e é assim um princípio que eu tenho: nós tratamos todos os doentes, penso é que é nossa obrigação tratá-los com aquilo que lhes vai fazer bem e temos também a obrigação de tentar perceber o que é útil para o doente e o que é que o doente quer e não contrariar aquilo que o doente quer. É claro que isto é muito complicado porque muitas vezes os doentes não têm uma percepção muito clara de qual é o prognóstico e de qual é a evolução da sua doença e esse é um dos problemas que temos, os nossos doentes não são muitas vezes bem informados e isso é uma área difícil, outra vezes o doente, que por qualquer motivo não está apto a e aí é decidir quem dos familiares ou das pessoas próximas quem também pode ter essa capacidade.

O médico tem obrigação de ser útil ao doente e de lhe fazer bem, tal como tem

a obrigação, creio eu, de não fazer o encarniçamento terapêutico ou seja de não insistir em terapêuticas que, à partida sabe que não vão ser benéficas para o doente e o ser benéfico também é um conceito algo vago e complicado. O que é que eu entendo? Entendo que é útil não só prolongar a vida e isso é muito importante, mas prolongar a vida com um mínimo de qualidade e não só prolongar por prolongar. Eu penso que isso é também um dos meus princípios: que tipo de vida é que esta pessoa vai ter se eu lhe fizer mais esta ou aquela terapêutica, vai viver mais tempo presumivelmente mas vai viver bem ou vai viver com muitas limitações sem uma vida de relação ou sem uma vida social que seja muito boa ou até com algum sofrimento. Valerá isso a pena? É complicado e são decisões complexas mas, à partida é um bocadinho esse o meu princípio: é não só o prolongar a vida mas prolongar a vida útil seja o que for que isso queira dizer.

Outra questão também de fundo é esta: será diferente não iniciar terapêutica ou retirar a já existente? Há quem diga que sim, há quem diga que não, eu penso que, apesar de tudo há alguma diferença. Se calhar, em termos práticos depois não há, mas e até de acordo com a forma como nós, países do Sul da Europa nos posicionamos em termos éticos e até religiosos, eu penso que é um bocadinho diferente uma atitude activa de suspender de uma atitude mais passiva de não iniciar. Eu penso que há alguma diferença em relação a isso se bem que é polémico. E uma das coisas que eu já falei, portanto é que há sempre cuidados de tratamento a todos os doentes, nem que seja o conforto, o carinho e a higiene e isso para mim é terapêutica tão importante como as outras.

Isto seria aquelas ideias base que eu queria primeiro definir. Em relação às perguntas concretamente: um doente em fase terminal da sua vida biológica e perante uma interacção aguda se eu considero legítimo, primeiro: não iniciar medidas invasivas tais como ventilação assistida, diálise ou algum procedimento mais cruento. Eu penso que sim, que é legítimo de todos os pontos de vista: ético, moral e deontológico, é legítimo não o fazer. É óbvio que isto tem que ser visto caso a caso porque de uma forma assim muito vaga dizer que em qualquer doente em fase terminal eu não faço nada disto, não é realista e não é verdade. Eu posso imaginar um doente que tem um tumor em fase terminal mas que tem ainda uma vida relativamente razoável que ainda pode viver durante dois, três meses em casa, pode organizar ainda a sua vida, despedir-se de famílias, fazer alguma coisa que ainda não fez e tem um episódio agudo, uma pneumonia ou uma crise de asma e que eu posso com uma medida invasiva, seja com ventilação seja até com uma atitude cirúrgica, prolongar, resolver-lhe este episódio agudo e prolongar-lhe a vida por pouco tempo mas que seja o suficiente para ele fazer algo que é importante para ele; portanto, se eu penso que é legítimo, sem dúvida e que há muitos doentes onde eu não iniciaria estas medidas mas também há outros onde eu iniciaria, acho que é uma decisão que passa muito pelo doente que temos à frente, por aquilo que nós achamos que vamos beneficiar o doente.

Suspender medidas terapêuticas manifestamente fúteis já instituídas, eu penso que isto é uma obrigação que nós temos porque se elas são manifestamente fúteis têm que ser suspensas, portanto não as devemos sequer dar, e portanto se nós iniciámos algo que vemos que não está a resultar, eu acho que

isso deve ser suspenso. A ventilação, por vezes é uma medida fútil, não está a resolver coisíssima nenhuma, é complicado tirar um ventilador a um doente ou até extubá-lo porque sabemos que isso vai antecipar quase imediatamente a morte. Nos países anglo-saxónicos isso é feito, mais uma vez nos países do sul da Europa há alguma dificuldade em fazer isso, em ter uma atitude tão activa, suspende-se a diálise mais facilmente, suspendem-se antibióticos, suspendem-se aminas mais facilmente, a ventilação é um bocadinho mais difícil. Porquê? Por um lado porque antecipa muito rapidamente a morte e é um acto que tem quase imediatamente a evolução natural, por outro lado porque eu penso se há alguma coisa boa que nós podemos fazer é tirar as dores e manter os doentes mais ou menos adormecidos e sem sofrimento e a ventilação, se o doente já está ventilado, permite-nos fazer isso com alguma tranquilidade, deixar o doente a dormir. As outras medidas possivelmente, a suspensão, se são fúteis é o suficiente para não eternizar as coisas e portanto eu penso, por alguma forma é mais pacífico para o doente mantê-lo ventilado e com sedação, se bem que também se possa manter a sedação com o doente só com tubo ou a respirar espontaneamente. Eu pessoalmente, é mais difícil tirar o ventilador mas também admitia fazê-lo, penso é que não vai tanto na linha daquilo que é mais ou menos aceite e é hábito fazer na nossa sociedade. Portanto suspensão de medidas manifestamente fúteis, a palavra diz tudo, se são manifestamente fúteis, acho que sim, têm que ser suspensas. Três: não iniciar terapêutica mais simples tais como antibioterapia, colocação de sonda, hidratação...bom, aqui é mais difícil algumas coisas...se não há, se eu antecipo que esta terapêutica também vai ser fútil e não vai adiantar nada , eu também

acho que não a devo iniciar e não devo iniciar antibióticos, não devo colocar, se calhar, sonda nasogástrica, nem, se calhar devo pôr um cateter para um acesso vascular para hidratar o doente. No entanto posso admitir que coisas mais simples como colocar uma sonda para alimentação ou hidratação possam ser feitas e mais uma vez também acho que tem que ser visto caso a caso...porque os doentes ou a família podem achar que é não tratar em excesso não pôr um soro porque está muito na ideia que o soro ajuda muito e permite muita coisa e apesar de tudo há um mínimo que nós podemos, não é que devamos, mas que podemos manter que é hidratação e alimentação; em casos extremos isso também pode ser questionável mas num doente que está em fase terminal, nós já não temos terapêuticas específicas para nada que possamos fazer e ajudar e em que eu acho que não devo iniciar, e em muitas situações e eu concordo plenamente que não devemos iniciar antibióticos, não iniciar quimioterapia, não iniciar uma série de medidas que não vão adiantar, não controlar, por exemplo uma diabetes com insulina em perfusão endovenosa, ou seja terapêuticas mais dentro do âmbito médico, não invasivas mas um pouco mais complexas, isso eu penso que não devemos iniciar. Alimentação e hidratação, eu por norma continuo a achar que podemos e devemos fazer, é o mínimo, é aquilo que é básico para todos os seres vivos e portanto eu acho que a hidratação, pôr um acesso venoso ou uma sonda de alimentação que é legítimo colocar, se bem que nalgumas situações, lá está, caso a caso admito que isso possa não ser feito mas isto é aquilo que eu faria e por fim a alínea quatro que diz manter o doente apenas com medidas elementares de conforto também me parece que isto é básico em qualquer

uma das atitudes, isto é nossa obrigação, é aquilo que nós temos obrigatoriamente de fazer a todos os doentes seja qual for a fase da doença, portanto eu acho que isto nem é discutível. Se o conforto do doente implicar não o picar, não lhe pôr sondas, não lhe pôr mais nada, isso eu também concordo. Se não, até se o doente achar que isso pode de alguma forma ser uma espécie de conforto, algum tratamento, nalguns eu poria um soro porque isso também psicologicamente pode ser útil para o doente, vai um bocadinho variar de doente para doente mas sempre tentar as medidas de higiene, o apoio, a conversa, a terapêutica da dor, isso eu acho que é básico e temos a obrigação de tomar.

Entrevista Dr. Carlos Ferreira

E2

O meu nome é Carlos Marques Ferreira, tenho 32 anos, sou Interno do último ano do Internato de Cirurgia Geral aqui no Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria.

Em relação às questões que foram colocadas, importa começar por referir duas questões que são comuns a todas as questões, que é o facto perante estas situações, a resposta é sempre muito pessoal, ou seja depende da pessoa, da sua cultura, das suas vivências prévias, de como foi criado, daquilo que faz o indivíduo, a decisão que vai tomar, portanto é impossível generalizar estas decisões ou pôr uma norma ou obrigar as pessoas a irem contra essa mesma consciência. E depois o que importa também dizer é que depende do caso em

si, do doente em particular, ou seja perante uma situação aparentemente idêntica, o médico pode optar por estratégias diferentes. Isto vai depender da sua própria relação com o doente e o que é que espera, tanto num doente como noutro em termos de resposta e isso faz com que ainda seja mais difícil, além da parte pessoal, o próprio médico estabelecer uma norma específica para estas situações. E depois ainda há outras situações que acabam por influenciar: de facto para o médico a decisão nunca é indiferente à própria pressão da sociedade que é transmitida ao médico pelos familiares que muitas vezes adoptam uma posição contrária ao médico que o médico vai ter que gerir, de tentar tudo por tudo até à morte do doente independente das probabilidades serem baixas em termos de sucesso terapêutico, na perspectiva apenas que o doente esteja bem ou que fique bem. Também temos a influência do meio hospitalar em que estamos incluídos, normalmente não há normas mas como trabalhamos em equipa, isso vai depois ter influência nas decisões que se tomam. A decisão nunca é individual. O importante é que não se faça pior ao doente do que já foi feito e é normalmente a variável comum a todas as questões. A decisão deve ser sempre que possível bilateral, ou seja, em última análise é nossa, do médico assistente, da equipa, no entanto, se houver a concordância da família do doente, muitas vezes o doente não está em condições de dar a concordância pessoal, é sempre mais fácil, de certa forma legitimar a decisão e até evitar complicações futuras, que uma pessoa está sempre com o risco dos processos e a reprovação da sociedade e às vezes nos meios de comunicação, das decisões que se tomam, embora sejam situações mais ou menos unânimes em que o médico tem muita margem de manobra.

Começando por responder às questões propriamente ditas e tendo em conta a situação de um doente em fase terminal da sua vida biológica e face a uma interacção aguda, consideramos legítimo de um ponto de vista moral, ético e deontológico não iniciar terapêuticas invasivas tais como ventilação assistida, diálise ou procedimentos cirúrgicos. Perante esta situação específica, volto a dizer que a resposta é pessoal: se considerarmos que o doente está em fase terminal, numa situação eminentemente aguda, com desfecho previsível a curto prazo, curto prazo, digamos 24, 48, 72 horas, considero que as medidas invasivas não devem ser iniciadas, uma vez que não vão aumentar a esperança de vida do doente, não é mais 48 horas da vida do doente que vai fazer diferença; por outro lado vão trazer custos económicos bastante importantes que hoje em dia temos que contabilizar, que muitas vezes não podem ser suportados; por outro lado, pensando no próprio doente em si, estes procedimentos invasivos também trazem morbilidade, também trazem dor, também trazem desconforto e não nos podemos esquecer que muitas vezes o estado geral do doente ou as comorbilidades vão ser agravadas por essas medidas, traduzindo-se, eles próprios, na prática, como uma diminuição do tempo de vida. Quando isso não acontece, muitas vezes é a qualidade de vida que fica diminuída naquele tempo restante que o doente tem, prejudicando sobretudo aquilo que eu acho mais importante nesta fase, que é o doente manter a vida de relação com os familiares e com as pessoas que lhe são importantes. Portanto aqui, de um modo geral considero que não devem ser realizadas, o que importa é preservar ao máximo o doente tal como é, enquanto indivíduo e que ele mantenha a comunicação e a relação com as

outras pessoas. Caso isso não se verifique eu acho que a decisão é nossa, a decisão é nossa, normalmente é aceite sem problemas, a família acaba por não ter conhecimentos técnicos e científicos suficientes, de um modo geral para tomar essa decisão por nós. E depois é claro que isto, por vezes, o facto de o doente estar consciente ou da família pressionar para o efeito, uma pessoa abre excepções portanto é uma situação que queria deixar ressalvada também aqui.

Em relação à segunda questão em que perante a mesma situação do mesmo doente nos referimos a suspender terapêuticas manifestamente fúteis já instituídas; neste caso acho que já vai depender muito das medidas em causa, acho que aqui então tentar universalizar ou generalizar é impossível. Há certas medidas que são relativamente inócuas tais como a hidratação, as medidas de conforto devem ser mantidas; outros procedimentos como a ventilação, a diálise cuja suspensão, de um modo geral vai causar a morte imediata, se não fôr logo é ao fim de algumas horas, um dia, dois dias no máximo já é mais difícil tomar a decisão. Nestes casos acho que a decisão deve ser tomada em equipa, de preferência com a família a ter conhecimento e a concordar. E é com este consenso mínimo que se obtem que conseguimos legitimar a nossa própria consciência pois é uma situação que não deixa de afectar uma pessoa; a pessoa está viva porque mantem a terapêutica e nós basicamente estamos a parar e a suspender a terapêutica e sabemos que a vai deliberadamente matar e neste caso aqui é o que eu digo, caso a caso, dentro do possível com o consenso máximo entre a equipa e de preferência com a família.

Considerando a terceira situação, não iniciar terapêuticas mais simples como a antibioterapia ou a colocação de sonda naso-gástrica para nutrição e hidratação, acho que isto já vai depender caso a caso, de doente a doente, temos que pensar sempre no benefício que o doente poderá tirar; eu acho que esta questão é mais fácil de responder do que a anterior: é sempre mais fácil não começar do que suspender, e aqui o que eu acho é que importa várias coisas, ter em conta a vida de relação do doente, como já referi inicialmente, se o doente estiver plenamente ou parcialmente consciente, capaz de manter a relação acho que é lícito tentar instituir algumas medidas que vão permitir prolongar e maximizar a qualidade de vida, ou seja enquanto essa permissão se mantém, ou seja o doente estar bem, estar consciente é lícito iniciar as terapêuticas mais simples. Tendo em conta que muitas vezes estes doentes já não estão conscientes para o simples prolongar da vida tendo em evidência que a diferença será de poucos dias, algumas terapêuticas não fazem sentido serem iniciadas nem serem mantidas. Hidratação, como eu já disse, com colocação de cateter venoso central ou periférico, antibioterapia ainda vá, a sonda naso-gástrica, se claramente percebermos que alivia o doente, mesmo se ele está consciente também concordo. Se o doente não estiver consciente já varia muito de caso a caso e sobretudo do tempo e daquilo que esperamos do doente, temos que esperar que o doente tenha alguma melhoria, não da sua doença de base mas dos problemas associados, da dor, muitas vezes do estado neurológico, da infecção e aí temos que pensar que, apesar do doente ir viver à mesma dois, três dias ou prolongarmos quatro, cinco dias, é importante o tempo em que ele está cá e que não sofra durante esse período.

Em relação à última questão, manter o doente apenas com medidas elementares de conforto, eu acho que esta questão é a mais fácil de responder para todos, que é a questão mais universal, mais fácil, não digo de haver normas hospitalares mas, mais ou menos, entre cada serviço ou entre cada equipa, acho que é lícito, boa prática, é normal e habitual manter as medidas que já tenham sido instituídas para causar ou permitir o conforto mínimo durante o tempo em que o doente ainda cá está. É claro que os casos devem ser avaliados individualmente e essas medidas devem ser ajustadas, ou seja não vale a pena estar a colocar ou a manter uma analgesia ou sedação num doente que já não tem status neurológico que faça diferença, na mesma que um doente num estado séptico tal, já em falência multiorgânica não vale a pena, se calhar manter uma antibioterapia, com os custos associados, contudo tudo o que for analgesia, tudo o que for hidratação, aquilo que percebermos que o doente tem, de facto, mais conforto deve ser mantido. O que importa é que as medidas controlem os sintomas e depois não nos podemos esquecer de uma coisa muito importante, que é, dentro da consciência do doente o apoio psicológico, que é uma coisa que, sobretudo neste caso, pensar que não é só o que damos em comprimidos, o que damos na veia mas também por vezes aquilo que falamos com o doente, esse suporte que às vezes não pode ser só ao doente, também é importante para ele que seja prestado também à família.

Entrevista Dr. Afonso Ramires

E3

O meu nome é Afonso Ramires, sou Assistente Hospitalar graduado de Cirurgia Geral e chefe de equipa de Urgência, trabalho no Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria, tenho 56 anos.

Em resposta à pergunta que me foi feita, tenho a dizer à maneira de preâmbulo que durante todo o curso de Medicina, não somos pura e simplesmente treinados para lidar com este tipo de situações: toda a nossa formação é baseada na luta contra a doença, salvar o doente, isso é que é a ideia que nos é inculcada e, quanto a mim, bem. No entanto isso dá-nos uma certa incapacidade para lidar com situações terminais, uma vez que aceitamos sempre a perda de um doente como uma derrota, portanto todo o nosso esforço é no sentido de salvar o doente e perante situações de impasse que são apresentadas por essas tais situações terminais nós lidamos menos bem e tudo aquilo que nos acaba por servir nessas circunstâncias é adquirido ao longo de uma certa, de uma vida um pouco mais longa de experiência hospitalar.

Em relação à questão do doente terminal, para mim a dificuldade está em estabelecer a fronteira, onde é que começa a irreversibilidade do doente, onde é que começa o estado de irreversibilidade, e o que é que nós podemos chamar de doente terminal. Muitas vezes essa fronteira é ténue, é difícil tomar

decisões, todas as decisões que são apontadas na pergunta, nomeadamente não iniciar terapêuticas novas, o não fazer medidas extremas e heróicas para salvar o doente, descontinuar terapêuticas , que a partir de um determinado momento são espúrias e portanto não adiantam nada em termos do doente, quando muito conseguem prolongar o sofrimento e nomeadamente, numa última fase manter o doente apenas com medidas de conforto, passar da terapêutica agressiva apenas para este tipo de “terapêuticas” que são apenas medidas de suporte, é muitas vezes esse ponto é que é difícil de definir e quanto a mim essa é a maior dificuldade que um médico, nomeadamente um cirurgião que já de si terá à partida, pelo menos dizem as más línguas uma forma de actuação mais agressiva que um médico, até mesmo pela natureza do seu trabalho, digamos que vive mais com as mãos na massa, chamemos-lhe assim, chamemos desta forma, que vive mais...todas as nossas terapêuticas são, digamos, mais directas e mais agressivas, o cruzar os braços, de certa forma torna-se mais difícil se nós tivermos uma certa dificuldade em estabelecer esse ponto, esse ponto de não regresso do doente e a partir do qual nós temos muitas vezes a obrigação moral de não sermos tão agressivos e ter apenas medidas de suporte. No fundo qual é o nosso medo? O nosso medo é, tanto num sentido como no outro estarmos a armarmo-nos em Deus, aquilo que os anglo-saxónicos chamam “play God” e que o armarmo-nos em Deus pode funcionar de duas maneiras: todas elas têm efeitos muitas vezes perversos: é a forma mais comum que são as mediadas heróicas e acharmos que podemos salvar um doente que está já numa fase de irreversibilidade e com isso estarmos a agravar o sofrimento do doente, porque

não estamos a conseguir resultados, estamos apenas a prolongar uma vida que já é só sofrimento e por outro lado o armarmo-nos em Deus, por outro lado, pode constituir o problema inverso, que é, desistir precocemente de um doente que ainda poderia ter alguma hipótese. Daí que a questão da irreversibilidade e a questão do estado terminal são mais fáceis de, são mais fáceis de conseguir definir quando se trata de uma doença, vamos supor uma doença neoplásica multi-metastizada, etc, que nós sabemos que não há qualquer futuro para o doente, numa situação mais aguda torna-se muito mais difícil de definir qual é o estado de irreversibilidade e, quando se tem uma vida suficientemente longa nestas lides, temos muitas vezes a noção que já tivemos doentes à beira de resvalar para essa fase de irreversibilidade mas que com um bocadinho de agressividade, em determinadas alturas, bem colocada, nós conseguimos ter esses doentes vivos até hoje e isso são exemplos que, são no limite, mas que tornam muitas vezes difícil a aplicação prática desse tipo de medidas. É preciso muitas vezes chegar a um determinado ponto em que a irreversibilidade já se torna perfeitamente nítida e impossível, passe a redundância de reverter para nós nos apercebermos que está na altura de cessar medidas heróicas. Como digo, tudo para mim gira à volta da definição desse momento, a definição do momento a partir do qual nós não conseguimos fazer mais nada de útil ao doente no sentido de o trazer para uma vida normal. Outra questão que se põe, fundamental é: nós podemos eventualmente salvar a vida a um doente mas que qualidade de vida é que ele vai ter? A qualidade de vida que um doente pode vir a ter após ter estado numa fase de quase irreversibilidade é muitas vezes, e estou a pensar em várias situações, por

exemplo as miopatias, as neuropatias resultantes da ventilação prolongada, a autonomia do doente, até mesmo a autonomia em termos neuropsicológicos, a autonomia do doente em termos cognitivos, tudo isso muitas vezes fica afectado e até que ponto vale a pena ir mais longe em determinadas ocasiões. No entanto, todos nós temos exemplos no sentido contrário, como eu já referi, de doentes que estiveram mesmo a resvalar e depois os vemos com muita alegria na consulta recuperados e capazes de viver uma vida perfeitamente normal, doentes até, que nós, em casos concretos, sabemos que foi posta essa questão do continuar medidas ou não continuar medidas nesses casos concretos. Mas isto, lá está, há excepções que confirmam a regra e vice versa. Agora, o que acho é que, e volto a bater no problema a definição do momento é que...eu acho que devia ser...eu acho que devia haver normas, eu acho que devia, e isto é uma decisão que deve ser sempre uma decisão partilhada, deve ser uma decisão de consenso; nunca uma pessoa sózinha deve definir um estado desses num doente. Penso que deve ser uma decisão partilhada por várias pessoas ligadas ao meio, em que devem participar pessoas ligadas aos cuidados intensivos, o cirurgião do doente, neste caso concreto, nós estamos a falar de doentes cirúrgicos, o cirurgião do doente, mais pessoas da equipa, pessoas com o mesmo grau de diferenciação ou até mais velhos, com mais experiência que possam dar uma achega porque eu acho que isto é o tipo de decisão, a decisão de descontinuar terapêuticas, de fazer terapêutica de suporte apenas, de não iniciar medidas agressivas, deve ser sempre uma decisão partilhada. Isto a bem de uma decisão correcta final e a bem do estado, de digamos, do estado interno da pessoa que tem que tomar a decisão.

Eu penso que, em termos de, chamemos-lhe consciência da pessoa de que não está a tomar uma decisão errada, é muito importante que este tipo de decisão seja partilhada. A bem da definição do tal ponto de irreversibilidade que pode ser variável e pode ser visto de uma maneira diferente por uma pessoa que faça parte desse, chamemos-lhe comité de decisão. Eu penso que isto deve ser sempre, todos os aspectos da questão devem ser abordados e decidir não fazer nada de mais agressivo deve ser, de facto uma decisão comum das pessoas que lidam com o doente. Perante isto eu penso que não tenho muito mais coisas a acrescentar nesta entrevista. Esta é a minha visão, a minha visão pessoal, a minha visão, é aquilo que eu interiorizei uma série de anos a este respeito e estas são as minhas dificuldades ainda hoje.

Entrevista Dra. Teresa Rodrigues

E4

O meu nome é Maria Teresa Alves Rodrigues, Teresa Rodrigues de nome clínico, sou Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna. Trabalho no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria.

Ora bom, aquilo que me é pedido é que emita alguma opinião acerca dos cuidados em fim de vida, daquilo que será lícito, do ponto de vista ético, moral e deontológico, nós decidirmos e é sempre uma decisão, é um assunto escaldante porque, dado que não há definição de limite para a nossa

terapêutica que é sempre bem intencionada mas que frequentemente não tem esse perfil junto dos doentes; é sempre uma decisão extremamente difícil e do meu ponto de vista nunca deve ser tomada por uma pessoa só, deve ser uma decisão tomada em grupo e eu penso que tudo isto começa essencialmente com a forma como se encara a morte em Portugal. Aquilo que é habitual é que as pessoas, os cidadãos em geral, médicos, doentes ou alguém sempre relacionado com a saúde fogem do tema, têm alguma dificuldade de abordar o tema, quer com os doentes, quer entre si. A morte é, continua a ser um tabu e é difícil nós tomarmos decisões relacionáveis com a morte ou com o fim de vida, como queiram chamar-lhe quando não a encaramos bem de frente e eu penso que isso é algo que temos de aprender a fazer desde os bancos da Faculdade ou desde cedo na nossa vida. A morte é algo de completamente transversal à população em geral, não só aos doentes, a toda a gente e portanto temos que aprender a viver com ela e portanto encará-la de uma forma, não ligeira, de forma nenhuma mas bem de frente. Desse ponto de vista temos de perceber até que ponto estamos a ser mais agressivos que a própria doença para com o doente quando tentamos tratá-lo. Nós somos educados para tratar os doentes, para lhes dar bem-estar, para lhes dar qualidade de vida e às vezes no entusiasmo de tratar bem os nossos doentes cometemos alguns exageros e isso deve ser, se calhar visto e revisto. A polémica, a grande polémica do testamento vital é algo que tem entrado no domínio público, e na discussão pública mais recentemente no nosso país, já existe noutros países da Europa, é algo a que os doentes podem ter acesso, que o próprio doente antes que chegue o seu fim de vida pode decidir para não serem os outros a tomar esse ónus nos ombros e o doente tem alguma participação nisso. É

evidente que isso tem que ver um bocadinho com o perfil do doente, há doentes que não querem sequer saber, há outros que estão interessados em organizar a sua vida e mesmo a sua morte e portanto querem ter uma palavra a dizer. Tudo isto implica que nós pensemos muito sèriamente neste assunto, falemos uns com os outros, as especialidades médicas, cirúrgicas, quando eu digo médicas, medicina em geral, porque todos nós acompanhamos mais ou menos doentes até ao seu final de vida, é importante que pensemos, que pensemos muito àcerca deste assunto.

Como eu disse é uma decisão que nunca deve ser tomada por uma pessoa só, por uma cabeça só, há vertentes da situação do doente que têm que ser abordadas e duas cabeças pensam sempre melhor que uma só, como é óbvio, mesmo que não tenham a mesma opinião, duas cabeças têm sempre melhor opinião que uma só. Como é óbvio há determinadas técnicas que são extremamente agressivas para os doentes em fim de vida, quer doentes apenas idosos com desgaste de todas as suas funções ou doentes em pós-operatórios muito complicados com tempo prolongado de internamento, quer os doentes oncológicos, quer os doentes crónicos de outra forma qualquer que não os oncológicos...há que pensar, há que decidir muito claramente se estamos com aquilo que nós consideramos meios de tratamento, se não estamos a prejudicar, a prolongar sofrimento, a aumentar o sofrimento e a prestar aos doentes e à comunidade em geral, um mau serviço ou um menos bom serviço, enfim...para não sermos tão agressivos. São claramente, do meu ponto de vista manobras fúteis, que além de serem extremamente

dispendiosas e hoje em dia é um tema que está muito, que é muito abordado é o dispêndio exagerado que nós temos com alguns doentes porque dispendemos meios, recursos que muitas vezes não são justificáveis e não levam o doente a lado nenhum.

E tudo isto passa por uma grande e profunda discussão do que temos ou não temos que fazer. É evidente, do meu ponto de vista aqui, no Serviço onde eu trabalho isso é algo discutido todos os dias, nós temos muitos doentes em linha terminal e que temos que decidir se vamos, nós fazemos a primeira tentativa de o manter do nosso lado mas se, de facto a resposta não existe, há fases em que todas as nossas tentativas são melhor suspensas e dando ao doente o conforto que ele precisa para ter uma morte digna.

Entrevista Dra.Teresa Cabral Braga

E5

Bom dia. O meu nome é Teresa Cabral Braga, sou Interna do Complementar de Cirurgia Geral do 4º ano e estou aqui para responder a uma série de perguntas a primeira das quais é: perante um doente em fase terminal da sua vida biológica e face a uma interacção aguda, considera legítimo do ponto de vista ético moral e deontológico: 1- não iniciar terapêuticas invasivas tais como ventilação assistida, diálise ou procedimentos cirúrgicos. Relativamente a esta

pergunta considero, considero ético, considero moral e considero deontológico, mas dentro de certos limites, acho que a esta pergunta não se pode dar uma resposta de sim ou não, linear, acho que depende de uma série de variáveis que são importantes discutir. Em primeiro lugar, logo começar pela fase terminal. Fase terminal não tem um ponto, não tem uma linha que a defina de uma forma clara, portanto como é que consideramos um doente em fase terminal: é aquele que não espera melhorar mas tem uma sobrevida de 5 anos? Ou um doente que vai deteriorar mas que demora 15 anos a deteriorar-se? Ou o doente que morre dentro de 5 ou 6 meses? Não é muito claro para mim e não sei se na literatura isto está absolutamente claro, pelo menos para nós não está claro. Outra coisa muito importante é: como interna, é importante nós, eu acho que falamos disso, nós não temos preparação alguma para determinarmos quais são os doentes que estão neste estado ou não, muito mais ainda para os tratarmos de forma paliativa, o conceito de cuidados paliativos e de...e estas decisões que estão claras e que estão associadas ao doente em final de vida não nos são ensinadas em fase alguma do nosso, da nossa preparação, nem quando estamos na Faculdade, nem após a Faculdade quando estamos no Internato, não há nenhum programa que vise o treino e a orientação neste contexto.

Em relação a não iniciar as terapêuticas invasivas, a verdade é que o que se verifica é que isto acaba por ser um processo bastante unilateral, pelo menos nos exemplos que eu tenho, muitas vezes os doentes não são consultados, muitas vezes as famílias não são consultadas, às vezes são consultadas as

famílias sem consultarem os doentes e este processo de decisão, à partida deveria ser um processo bilateral, às vezes entende-se que não o seja mas é uma questão que é muito importante, primeiro porque alguns dos doentes nem sequer estão informados sobre o estado em que estão. Eu acho muito difícil tomar uma decisão destas sem...ou é uma situação desesperada e com fim a curto prazo ou fazer-se isto de forma unilateral é muito complicado: o doente tem de ser consultado, idealmente a família tem que ser consultada e depois há um problema. Há as famílias que têm a informação clínica sobre o doente, em que o doente não está informado, só isso à partida torna o processo um bocadinho complexo, não é? Porque em primeiro lugar a pessoa que tem direito à informação é o doente e se o doente não tem essa informação e a família a tem e a quer ocultar do próprio doente, qual é o nosso posicionamento nisto? Muitas vezes é a nossa própria experiência com o doente: há doentes que não querem saber e eu pessoalmente até acho que esses doentes são mais ou menos fáceis de identificar, são os doentes em que nós perguntamos directamente: o senhor quer saber o que tem? E o doente diz: não, eu não quero saber de nada, falem com a minha família. Nesses doentes até pode ser mais ou menos claro mas há doentes em que não é assim tão claro, há doentes que só querem saber até certo ponto e isso está na sensibilidade de cada médico saber descobrir qual é o ponto adequado para aquele doente e isso depende de vários factores. Depende do doente que temos em frente, depende de nós próprios e cada um de nós varia nesta sensibilidade, eu acho que isto é outro ponto importante, portanto é mais uma área cinzenta nesta questão, mais ainda quando a própria família tem informação sobre o doente;

o doente já nos chega com o diagnóstico, ele desconhece o diagnóstico, a família pede-nos para não contar e depois toma decisões sobre a vida do doente, como é que nós nos posicionamos perante isto? É extraordinariamente complexo. E até que ponto é que o doente não quer saber; por vezes...a mim já me aconteceu, e tenho a certeza que se eu sou interna do 4º ano e isto já me aconteceu, com certeza a colegas mais velhos já terá acontecido: na verdade, às vezes vemos doentes confusos, que se sentem profundamente abandonados e enganados por toda a gente à sua volta porque sabem que têm alguma coisa que está mal com eles e ninguém lhes conta e eu não sei, às vezes a minha sensação é que o sofrimento deles é superior por não perceberem o que se está a passar e sabendo que está a passar-se algo de mal, do que efectivamente saberem o que têm e poderem fazer um luto da própria doença e prepararem a sua própria morte, mas...alguns doentes em que isso poderá não ser verdade, mas a verdade é que doentes que vêm de backgrounds sociais diferentes às vezes reagem de forma diferente ao próprio conhecimento da doença, portanto mais uma área cinzenta para abordarmos aqui. Se calhar há doentes, ...por exemplo, ...não sei, vindo de uma forma...eu li uma série de artigos e num deles, a população americana está extraordinariamente preparada para lidar com a informação e mesmo para decidir em relação à morte. É, eles crescem assim, são educados assim, claro que é uma população heterogénea mas há uma percentagem grande da população nos Estados Unidos, o sistema de saúde deles é muito pouco paternalista, o nosso é classicamente paternalista, o médico durante muitos anos tomou a decisão pelo doente, não se discute agora aqui se bem ou mal

mas a verdade é que isso influencia como a nossa população vê o médico e como lida com a doença e a verdade é que querer estabelecer agora, ...colocar-nos perante...como se fosse uma população americana em que damos a informação nua e crua aos nossos doentes pode ser demais para aquilo que eles podem tolerar e que conseguem digerir e até decidir sobre...e a verdade é que mesmo dentro da nossa população nós temos subgrupos populacionais que são capazes, se calhar de não lidar tão bem com isto, já para não falar dos doentes em que a vida de relação está reduzida e então sim, aí a família tem um papel activo mas que também tem que ser limitado porque uma pessoa tem que perceber exactamente com o que está a lidar, quais os interesses que podem existir por trás, por parte da família em relação ao doente, portanto toda esta área me parece negra.

Se é ético, se é moral, se é deontológico, sim pode ser, pode ser ético, moral e deontológico não iniciar terapêuticas invasivas mas também pode não ser, acho que depende de caso para caso e tem que ser pensado com muito cuidado.

Em relação à segunda pergunta, suspender terapêuticas manifestamente fúteis já instituídas, eu acho que isto mais uma vez está na linha de conta da pergunta anterior, pelo menos para mim. Esta decisão tem que ser tomada. Se não foi tomada no início tem que ser tomada a certo ponto mas quando é que nós tomamos isso? Quando percebemos que já não há, que já não há retorno...porque é que se iniciaram em primeiro lugar? Se isto é perante a

mesma pergunta inicial, se o doente já estava em estado terminal e se foram tomadas essas atitudes em primeiro lugar, se calhar temos que pensar porque é que elas foram tomadas, se foi em consciência, se não foi em consciência, se calhar nesta altura tem sentido falar-se com o doente, falar-se com a família e fazer um ponto da situação, se esse ponto de situação fôr no sentido de querermos ou não querermos parar estas terapêuticas, e quando digo querermos, não somos nós médicos mas o grupo que está em decisão, acho que tem sentido pará-las.

Não iniciar terapêuticas mais simples, tais como antibioterapia ou colocação de sonda naso-gástrica para nutrição e hidratação, eu acho que em relação a isto é mais complexo ainda...é muito complicado, a verdade é que se pensarmos que queremos dar conforto ao doente, estas medidas podem dar conforto ao doente...um doente que tem uma estase gástrica e que está a vomitar profusamente é um doente que vai beneficiar, mesmo em fase terminal de uma medida invasiva, porque a verdade é que ele vai ter um conforto superior com uma medida invasiva do que teria não invadirmos o doente, portanto acho que mais importante que tudo é não pensarmos se vamos utilizar ou não uma medida invasiva mas sim se vamos dar conforto e qualidade de vida a este doente, portanto esta é , pelo menos a forma como eu encaro o problema.

Manter o doente apenas com medidas elementares de conforto, depende de doente para doente. Há doentes que ficam bem com medidas elementares de conforto, há doentes que precisam um bocadinho de mais. Se aqui estamos a falar em corrigir alterações hidro-electrolíticas, em hidratar um doente que está

desidratado, mais uma vez, não sei...acho que a linha é muito cinzenta, eu não fui treinada para isto, custa-me um bocadinho deixar um doente desidratar, portanto eu acho que era incapaz de deixar um doente sem um soro fisiológico se ele já não se conseguisse alimentar, para mim era absolutamente inaceitável, mas se calhar eu estou errada, mais uma vez não tenho formação, não sei sinceramente o que pensar. Em relação à antibioterapia, à nutrição, uma vez que possam sempre dar conforto ao doente, acho bem.

Do ponto de vista generalista e tentando fazer um resumo, um bocado do que eu disse em relação aos quatro pontos, acho que o doente, de um ponto de vista geral, acho que o doente tem direito a saber o que tem, pelo menos até ao ponto em que ele consiga e acho que às vezes nós não tentamos o suficiente e se calhar não tentamos da forma adequada e o problema é que a verdade daquilo que se está a passar varia, varia para ele, varia de doente para doente a forma como ele aceita a informação, como ele digere a informação e varia para nós, portanto é muito difícil de estabelecer uma linha. Em relação a ele saber acho que, foi aquilo que eu disse anteriormente, acho que é importante os doentes saberem alguma coisa porque, se calhar no momento agudo da complicação nós não queremos dizer, queremos poupar mais, ele já está com o sofrimento físico e não queremos adicionar o sofrimento psicológico mas eu acho que com o passar do tempo, se é um doente terminal que vai manter aquele estado ou que se vai degradar ao longo do tempo a falta de informação acaba por ser mais nociva do que propriamente o facto de ele saber e ter que lidar com a informação. Acho que nós temos mecanismos de

adaptação importantes, temos que confiar que conseguimos fazer o luto, o luto é um processo natural e muitas vezes há muitos doentes que chegam ao fim de vida com uma sensação de paz, é verdade não são todos mas é verdade que há alguns que chegam e temos que tentar criar as condições ideais para que os doentes consigam morrer em paz e é importante que as famílias percebam e que os doentes percebam que a morte é um processo natural e se pudermos ajudar os doentes a chegar ao fim de vida o mais confortável possível, ótimo, o melhor é fazê-lo.

Em relação à decisão do doente e de o doente ter um papel a dizer, há doentes que não querem ter um papel a dizer e que relegam para a família e se isto fôr claro, a mim não me faz impressão que assim o seja juntamente com a equipa médica que o está a tratar. A decisão clínica por parte da família sem informação do doente é realmente uma situação que me deixa profundamente desconfortável e que eu acho que não é ética. Pode ser num ou noutro caso mas sempre com a tentativa de informar o doente e sempre com a certeza que o doente de facto não quer ser informado. Aí sim.

Outra vez quero salientar isto: a falta de preparação de todos os profissionais de saúde para lidar com o fim de vida é preocupante, a verdade é que temos uma população cada vez mais envelhecida, temos cada vez mais doentes, não temos um apoio terciário para estes doentes, temos muitos doentes que acabam por ficar nos hospitais públicos e com os quais nós lidamos e se calhar se houvesse uma maior uniformização, se houvesse maior sensibilidade para

estes problemas as coisas pudessem ser dirigidas de forma mais eficaz e mais proveitosa para o doente e mesmo para a instituição onde o doente está.

O apoio psicológico eu acho que é muito importante a estes doentes quando se decide dizer a verdade e é muito importante também o apoio à família, muitas vezes estes doentes são doentes que estão, e a própria família em “burnout”, não é, porque alguns destes doentes estão neste estadio durante muito tempo e o apoio é de facto importante,

A verdade é que o que nós queremos como médicos é fazer bem aos nossos doentes e idealmente não fazer mal aos nossos doentes só que a linha entre o fazer bem e não fazer mal não é clara mais uma vez porque fazer bem a um doente pode ser uma atitude, a outro é uma atitude completamente diferente e nós, principalmente cirurgiões estamos programados para tratar e curar não é...a nossa sensibilidade para estas coisas pode existir mais nuns, menos noutros mas no nosso limite nós o que tentamos fazer é “damage control” mesmo em relação aos doentes oncológicos, mesmo em relação aos doentes traumáticos é “damage control”, portanto nós conseguirmos pensar numa medicina não curativa mas numa medicina que cuida é uma coisa que tem que ser trabalhada e tem que ser estruturada, e connosco não é de todo...outra coisa muito importante para nós, é que nós às vezes, eu acho não consideramos quando um doente está efectivamente em fim de vida que esteja em fim de vida e perceber o ponto em que uma unidade, em que a equipa de cuidados paliativos tem que ser integrada para nós nem sempre é claro e, se

calhar, não sei...umas apresentações no serviço, uma sensibilização no serviço, se calhar era útil para conseguir melhorar os cuidados destes doentes e muitas vezes, se calhar, nós que eventualmente tenhamos mais tendência para sermos invasivos com os doentes por estas características que acabei de referir, se calhar tem sentido termos outra equipa a trabalhar conosco para conseguirmos tomar a melhor decisão com o doente e com a família e era importante que tivéssemos mais noção quando os chamar e quando é adequado chamá-los, se calhar chamamos de menos. Muitas vezes chamamos quando os doentes estão a dias de morrer, não sei se terá sentido nesse contexto chamá-los ou só os chamarmos, pelo menos nesse contexto, e pronto...é isto.

Entrevista Dr. Eduardo Oliveira

E6

Para mim a dificuldade é colocar limites num tema que não tem limites para mim, o que eu posso fazer é relembrar posições que eu tomei, o que é que eu fiz e devia ter feito ou não devia ter feito. Quando a gente tem, e aqui o problema é a perspectiva que se tem de um doente chamado terminal. Ao longo dos anos a gente passa, pelo menos eu passei de uma estrutura profundamente técnica para uma estrutura menos técnica mas mais aberta ao bicho homem e ao bicho mulher. E depois há coisas do dia a dia e da vida que

têm um grande valor e se a gente não lhes presta atenção passa-nos completamente ao lado. Obviamente que ao fim destes anos todos e são muitos, vou no quadragésimo quinto ano de actividade hospitalar há recordações que eu tenho que dizer e que nos obrigam a pensar que é aquelas situações em que há uma ausência de saída técnica, pode não ser o doente canceroso mas é o doente em que a gente não vê saída técnica e depois acontece qualquer coisa que é inexplicável e que a gente pode chamar os mistérios. Os mistérios são por definição as coisas que não têm explicação. Um exemplo, assim relativamente recente pela recordação foi de um homem de 40 anos que nos anos oitenta, princípio dos anos oitenta foi internado por um AVC extenso. Nessa altura não havia Tacs a não ser na Cuf e no Idílio de Oliveira, ele lá fez uma Tac cerebral e não tinha hemisfério esquerdo, tudo necrosou, tinha cerebelo e hemisfério cerebral direito e esteve em coma profundo mais de uma semana, ao fim de uns tantos dias recuperou um bocado o contacto com o ambiente e só dizia uma única palavra que era não: como te chamas? Não, que dia é hoje? Não, mobilidade zero, fazia cinesioterapia para não ficar com anquiloses e o homem esteve assim internado três semanas e, aí é a tal coisa que eu digo que é a diferença, as mulheres são muito mais corajosas que os homens e a mulher teve a coragem de o levar para casa assim naquele estado e vir com ele de ambulância diariamente fazer cinesioterapia. Não se passaram dois meses e meio, três, a enfermeira disse: “Oh! Dr. Eduardo está ali um casal que quer falar consigo e eu saí da enfermaria e fui ver: então era ele, agarrado à mulher, de braço dado, muito disártrico, muito hemiparético mas já se aguentava de pé, portanto ela vinha-mo mostrar e eu fiquei banzado. Há dois

anos, ano e meio, no Outono eu saí pela porta da Anatomia e esbarro com o casal. Eu quase que não os conhecia, eles é que me reconheceram mais, já não nos víamos há 30 anos, e...uma grande festa e o senhor falava comigo, naturalmente com gesticulação e quando eu falava, e ele deixava de falar então automaticamente o braço direito vinha para a posição de flexão que todos os hemiplégicos têm, caso contrário ele mexia o braço direito como se não fosse nada e já não tinha disartria e falava normalmente. Despedimo-nos e eu em vez de ir para fora do hospital fui para a central de consultas para ver atrás da vidraça como é que ele ia até à consulta de Neurologia e ele tinha um andar normal, não arrastava uma perna, não havia nada, nada, nada...pronto, são estas situações e outras que a gente depois tropeça e a gente pensa como é que é? Eu actualmente perante um doente em coma tenho, já há muitos anos que eu tenho muito cuidado com o que se possa dizer ou fazer nas proximidades porque eu não sei se ele percebe. Cada vez estou mais consciente que a nossa ignorância do Sistema Nervoso Central e do “eu” é muito grande, muito grande o que não quer dizer que a gente não possa actuar e que não deva actuar e tomar decisões mesmo quando as coisas são difíceis. A minha perspectiva actual é que a pessoa saudável não precisa de apoios, o nosso Serviço Nacional está mal baptizado, devia ser o Serviço Nacional de Doença e não Serviço Nacional de Saúde, quem está saudável não precisa de apoios, quem está doente precisa de tudo, sobretudo quando é o sustentáculo da família. E nós agora, por falta de planeamento ou o que se queira, em Medicina temos uma população de idosos. Eu nos últimos 3 anos vi mais pessoas com 90 anos do que em toda a minha vida, pensava que já estavam

todos mortos. O que sucede é que na altura eles morriam em casa, agora como sucede numa cidade, vá lá, numa cidade média ou pequena para as dimensões internacionais, como Lisboa, os filhos quando saem de casa vão para 30 km de distância portanto não há assistência possível a um pai ou a uma mãe e se um deles morrer e ficar o outro, às vezes com um bocado de sorte tem uma casa com uma divisão adequada para ele ficar lá a dormir mas na altura em que o idoso deixa de estar autónomo, hospital com ele. E portanto aparece-nos aqui de tudo, as situações mas graves geralmente são oriundas de lares em que as pessoas são mesmo criminosamente mal tratadas. Por exemplo ainda hoje dei alta a uma velhota de 89 anos que foi internada com uma pneumonia, uma senhora com insuficiência respiratória grave, lá se safou a pneumonia, foi uma trabalhadeira fazer expandir o pulmão infectado, lá se conseguiu e depois eu achei que ela tinha um cálcio bom demais para uma velhinha e um fósforo baixo demais e pedi uma parathormona, estava alta, fiz um segundo doseamento duas semanas aí depois e continuava, aquilo é por pulsos, também não são valores sempre iguais mas pronto mas eu pensei: o que é que eu posso oferecer a esta senhora em troca? Quando ela precisa de oxigénio permanente, está num lar bom que era ligado ao antigo colégio das meninas de Odivelas, foi cozinheira nesse colégio, está num lar bom, tem assistência, tem enfermeira mas ela acima de tudo precisa de oxigénio para viver...o que é que eu lhe posso oferecer se ela não tem doença renal, se não está sintomática, se não tem doença óssea que justifique, ir descobrir um adenoma paratiróideu, por acaso é capaz de estar lá um, numa Tac há assim uma dúvida, mas como a Tac foi pedida por causa da parte pulmonar ninguém

olhou para o pescoço, mas está bem...e, muitas vezes, no fundo reconheço o problema que é: no fundo o que é que eu tenho para oferecer em troca, de válido, porque sempre achei mesmo quando era novinho, sempre achei que era mau estar a trabalhar para o currículo, a gente tem que cuidar das pessoas não estamos a coleccionar casos e publicá-los...portanto, o fazer ou não fazer, a maior parte das vezes é óbvio, não se levanta problema, nós temos que tratar desta maneira, é uma infecção renal, é uma infecção pulmonar, é uma hemorragia digestiva, pronto...há técnicas, este hospital tem praticamente tudo e mais alguma coisa e a gente consegue fazer um diagnóstico e ter uma actuação correcta, mesmo assim muitas vezes falham coisas. Quando era muito mais novinho, no tempo em que tinha na equipa três algarvios, nós aí de 6 em 6 semanas, mais coisa menos coisa, reuníamos-nos numa sala grande com uma mesa grande e revíamos os processos. Ao rever os processos nós verificávamos que havia imensa coisa que nos tinha passado debaixo dos bigodes e ninguém tinha valorizado, portanto isso é uma noção que é importante de que nós erramos. Há aquela velha história que quem faz muito erra muito, quem faz pouco erra pouco, quem não faz nenhum não erra nada e esse vai ser então promovido, mas isso é, corresponde á vida real mas é anedótico. Agora nós perante uma pessoa em que as perspectivas de sobrevivência são muito más temos obrigação de fazer o melhor possível. Um outro caso: um velhote, se não tinha 90 andava lá muito próximo, que tinha 19 anos antes tido uma substituição da válvula aórtica por uma válvula biológica, são raro durar tantos anos mas a dele durou 19 anos e duraria mais se não tivesse tido uma endocardite naquela válvula; faz-se o diagnóstico, trata-se, fez

para aí 40 dias de antibioterapia, falou-se com a cirurgia cardíaca e eles aceitaram que valia a pena fazer a substituição da válvula, simplesmente...bom, uma coisa boa é que antes de iniciarem a cirurgia eles fizeram um eco cardíaco e verificaram que não havia vegetações e depois quando abriram o tórax verificaram que a aorta parecia mais ou menos assim uma farinheira depois de ir à frigideira, era toda estaladiça de calcificações e eles não podiam fazer um clamp que aquilo ia rasgar tudo, então decidiram não intervir, a ecografia dizia que não havia vegetações, estava completamente diferente, já não sei porquê, não me lembro qual foi, deram-lhe um antibiótico que acabou por lhe fazer uma insuficiência renal aguda, o homem fez para aí um mês e meio de diálise, acabou por ter alta...eu soube isso depois à posteriori mas pronto... e morreu cerca de 2 meses depois da alta, de morte praticamente quase que súbita, em pouco tempo do lar onde ele quiz sempre estar, sentiu-se mal, levaram-no para o hospital da zona e morreu pouco depois. Mas eu tinha que tratar esse homem, assim como os cirurgiões cardíacos arriscaram o ir lá...porque antes não havia maneira, nessa altura nem sequer havia as Tacs de alta resolução com reconstrução de imagem, nem tinham maneira de se aperceber da gravidade do que iam ter pela frente...a maior parte das vezes a gente tem todos os motivos e mais algum para actuar...no doente terminal, de cancro sobretudo é mais difícil para mim...mas ao longo do tempo eu fui gizando uma maneira de actuar que é: eu não posso mentir a esta pessoa, porque no dia em que houver um deslize, o raciocínio que ele faz é: se até o meu médico me mente em quem é que eu acredito? Portanto eu nunca poderei dizer que aquilo vai passar, vai melhorar,

não sei que mais, tenho que falar na realidade e manter a esperança, que é aquilo que eu também mantenho, eu mantenho a esperança de um dos lados do problema que é o médico, ele tem que manter a esperança na sobrevivência...ele ou ela...às vezes há ocasiões em que é a ocasião faz o ladrão, em que nos aparece à frente a solução...isto a propósito de uma senhora que tinha uma neoplasia do cólon com uma carcinomatose peritoneal já em oclusão e com alimentação parentérica, portanto numa situação muito má, muito má, tecnicamente falando...já não sei por que é que a senhora foi internada, o que é certo é que é resolvido o problema, mais redução da ascite menos redução da ascite...eu propuz-lhe a alta, ela disse: “Senhor Doutor, realmente é melhor eu voltar para casa por mais 3 ou 4 ou 5 meses” e eu disse: “se calhar não são meses”, e ela reduziu a estimativa para semanas e eu disse: “se calhar não são semanas”, “Oh! Senhor Doutor então se é por uma questão de dias eu fico cá” e assim se resolveu a situação e ela realmente morreu dali a 4 ou 5 dias mas é uma questão de sorte ela ter entrado naquele tipo de diálogo, de me dar as achegas e eu poder fazê-la sentir que a vida dela não ia durar muito, pronto...ela pensava que seriam os tais 3 ou 4 meses.

Eu sou de uma geração em que não havia especialistas em Tanatologia ou em doentes terminais, fui dos primeiros médicos, neste hospital pelo menos a se preocupar com os velhotes, número um, por via da gerontopsiquiatria, criado por psiquiatras que me conhecendo, depois me elegeram como o internista de serviço ao grupo e aí eu tive que fazer uma aculturação dos problemas da terceira e quarta idade que já eram tratados com grande à vontade sobretudo

em Inglaterra. E...mas essa experiência é completamente diferente da experiência de um indivíduo que está numa via de fim de vida. Ora também, nessa altura, qualquer médico, precisamente com vida hospitalar sabia manejar bem, sobretudo a morfina, na altura usavam-se outros opiáceos, mas depois não havia vantagem e saíram a pouco, sorrateiramente do mercado...mas é...mas tive sorte em várias coisas, tive sorte em ter começado a minha vida por um serviço que era o Serviço do Professor Pádua que se chamava na altura Terapêutica Médica em que a gente tinha que dar aulas sobre todos os tratamentos, os fármacos todos possíveis e imaginários e as suas interações, começaram a aparecer nessa altura a discussão das interações e por aí fora... e eu ter geito para Química, para Física e daí para seguir para Farmacologia é um espirro e estar à vontade e perceber que há famílias químicas e, por exemplo a digoxina e a espironolactona dão ginecomastia, aí não que não dão, depende da dose, depende de vários factores, mas eles tem uma estrutura básica igual aos estrogénios, igualzinha...por exemplo eu uso uma tática com o tramadol, se bem que aqui não haja, mas há uma fórmula em gotas ou num doseador, aqui há um injectável e geralmente associam aquilo a um propulsivo (?) que eu acho que não serve para nada, a sério eu faço um outro truque que é administrar aquilo em 3 ou 4 horas, portanto se eu for, durante o dia, dando várias doses em vez de serem em SOS, uma pessoa está com uma analgesia eficaz e não está anestesiada, nem está vomitando e nem precisa de mais nada, mas isso é toda uma estratégia nascida de mim, são os “desarranganços” à minha maneira, quem me conhece sabe que eu sou desse género e.....às vezes a gente tem problemas de muito difícil solução mas aí eu realmente

continuo a ser da escola em que me formei ou em que me formaram, não foi só os anos de aulas, foi sobretudo o internato...por exemplo nós estávamos de urgência interna, tínhamos um problema qualquer complicado e telefonávamos para o responsável, tanto podiam ser um dos assistentes como o Professor Pádua, eles paravam o consultório e vinham cá, nessa altura sem trânsito em 7 minutos estavam aqui e estavam cá o tempo que fosse necessário até verem a pessoa equilibrar-se e nós também, ... ficávamos muito sossegados por ter o apoio de um sénior mas deu-nos uma perspectiva do que é que é, realmente ter o doente em primeiro lugar. Eu durante muitos anos pensei, mas porquê? Como é que eles deixam aquela gente toda no consultório pendurada? E há uns anos cheguei à conclusão que eu acho que é a lógica que é: o cliente do consultório pensava: “O Senhor Professor foi ver um pobre ao hospital, quando eu precisar que ele vá a minha casa não falha”...mas...portanto nós por vezes tínhamos situações graves, lembro-me de um miúdo que tinha uma tetralogia de Fallot e estava lá, não estava nem na Pediatria nem noutra sítio qualquer, aquilo já não era operável, na altura...e ele estava com uma hipoxémia tramada. Então a câmara, não tínhamos hiperbárica, mas não havia nada do que há agora da parafernália para oferecer oxigénio, de maneira que o que se inventou na altura foi com uma capa de plástico de um electrocardiógrafo por cima do berço e pôr o oxigénio a correr, portanto ele estava de baixo do plástico com quase 100% de oxigénio, são aquelas coisas que têm que se... a gente precisa de um grande à vontade imaginativo para resolver as coisas e esse grande à vontade imaginativo aplica-se em todas as situações mesmo naquelas que a gente considera que são péssimas, péssimas para nós porque

quando morre um doente eu não gosto, há certamente um factor de orgulho, de derrota misturado mas não gosto pronto...quando a gente vê que apesar de tudo a situação clínica se vai deteriorando, eu vou mantendo o mínimo dos mínimos possíveis mas vou mantendo o alívio à pessoa, acho que isso é tão fundamental que se mete pelos olhos adentro, pronto...a gente pode e eu acho que se deve retirar tudo o que não fôr fundamental, sobretudo medicamentos para o Sistema Nervoso Central, eu quero, quando eu chegar se encontrar a pessoa apardalada, que eu perceba que seja da doença e não de algum fármaco que lhe tenham dado para ficar mais sossegado...mas isso é, eu fiz um desvio porque eu ainda hoje, que é muito difícil de meter na geração nova dos enfermeiros que é, quando houver um problema com um doente meu, vocês têm o meu telefone, telefonem-me, há coisas que se resolvem pelo telefone porque eu prefiro ser eu a decidir de um doente que eu conheço bem do que seja o colega de urgência interna que vá decidir, que não conhece o doente, não conhece a problemática, não tem o à vontade de telefonar, bom se calhar eu também faria o mesmo com os orgulhos que a gente tem na juventude...há uma coisa que a gente aprende com a velhice é a perder os orgulhos, nem todos mas a maior parte de nós perdemos...é bom, equilibramos. Depois o passar pelas doenças, pelas doenças da família...eu, dentro da minha maneira de ser fui praticamente médico de toda a gente da família e enterrei quase toda a gente, o que dá um traquejo especial para a problemática do que o que se deve fazer e do que não se deve fazer.....e portanto aí eu até estou em ambos os lados da barricada, estou do lado da família e estou do lado do médico, o que é um híbrido um bocado esquisito...por exemplo com a

minha mãe com um carcinoma do pâncreas, que durou três anos após o diagnóstico...(?) mas eu passei três anos estúpidamente à espera do dia em que viessem as complicações e o prenúncio de morte, não tirei proveito dos três anos em que ela esteve razoavelmente bem, pronto, burrices que a gente faz...portanto eu acho que as pessoas merecem, quando estão doentes, tudo, quando estão irremediavelmente doentes merecem tudo á mesma mas aí tem que se pensar quatro ou cinco vezes para começar a definir melhor as prioridades, o que é que o importante, o que é o fundamental e o que é que aquilo para fazer vista, só porque vem nas normas... as normas ou guidelines ou que é que é são todas muito engraçadas, a juventude de agora, médica, gosta muito daquilo, na minha geração estudavam-se as normas nos livros e nos tratados, os tratados é que eram a fonte das normas e o que é engraçado é que qualquer norma que seja publicada na América, na Inglaterra, francesa ou o que fôr ou aqui em Portugal, todas elas começam por aí, que são um contexto de ideias subscrita por aquele grupo para ajudar o médico a tomar decisões, mas quer dizer as decisões são do médico e depois há outra coisa, que as normas são feitas para um global de doentes, vá lá para uma amostragem global, não direi que é uma média nem uma mediana mas é mais ou menos o doente ideal, quando a gente no dia-a-dia tem que lidar com pessoas em particular que são completamente diferentes umas das outras mesmo com a mesma doença...e portanto aplicar normas a tratamentos, aplicar normas a decisões que são as decisões da vida eu acho que é mau...porque a maior parte quando a gente vê um país a aplicar muitas normas ao viver é uma civilização que vai ter um mau fim, toda a gente viu na

sequência dos totalitarismos nazis e soviéticos, fizeram tantas normas que acabaram por dar cabo do país...e, realmente há duas ou três coisas que eu acho que são importantes que é: um homem é um homem e um bicho é um bicho, não me venham cá com a protecção dos touros e a protectora dos animais, dos cãesinhos e dos gatinhos, não...homem é homem e bicho é bicho, obviamente que haja pessoas que ganhem dinheiro à conta dos bichos, desde que seja dinheiro ganho com trabalho, todo o trabalho merece remuneração, agora dizerem-me a mim que o bicho está primeiro que o homem eu aí sou muito...humanistas!...E, portanto para mim é muito difícil estar...fazer uma abordagem sobre tantos temas que estão à volta do doente terminal, seja em que área fôr, precisamente as duas grandes que é a médica e a cirúrgica, porque as diferenças não são muitas...às vezes e, não é tão raro como isso, mas pode acontecer um indivíduo ter uma neoplasia do cólon, que tecnicamente é de difícil solução cirúrgica e eu concordo que nas vezes em que eu vi tomar-se essa decisão, que é não intervir a não ser quando se entra numa situação de obstrução, de oclusão ou do que fôr, porque é um risco o paciente ser submetido a uma cirurgia que não se sabe como é que vai correr, porque tecido neoplásico não é suturável...faz muita falta, de há 20 anos para cá os alunos não terem contacto com os corpos, nem nas anatomias nem na anatomia patológica, não assistirem a autópsias, não assistirem a cirurgias, não verem os doentes sem roupa...eu gabo-me desde muito cedo que sou capaz de ver em consulta um homem em cuecas e uma senhora com soutien e cuequinhas, pronto, tudo bem porque a abordagem nossa, ou pelo menos a minha abordagem, se fôr muito tranquila e estritamente profissional, põe à

vontade o observado, a pessoa sente que está perante um profissional e não está perante um tipo que vai apreciar as maminhas ou as pernas ou outra coisa qualquer, não tem nada uma coisa com a outra e isso...há uns anos que se passa uma coisa automática comigo que é, visto a bata deixo de ter sexo, sou um bicho assexuado, que dá muito geito...e, portanto, essa falta de contacto com a pessoa faz com que eles não tenham sequer noção do que é que é o bicho por dentro e o bicho por fora, por fora conhecem-no mal, por dentro não sabem como é que é e eu sempre achei que era importante, chateei todos os meus internos para assistirem as autópsias porque eu acho que a autópsia é necessária quando a gente não faz a mínima ideia do que é que a pessoa morreu, não houve tempo sequer para uma suspeita ou quando é um caso bicudo e que a autópsia é para ensinar, portanto os mais novos deviam estar lá para ver como é que é...também nunca falhei tirando duas ou três (?), as chamadas excepções, uma cirurgia num doente meu ou de medicina privada ou de aqui de Santa Maria, porque o assistir ao trabalho do cirurgião é didático, é importante...para mim há 2 grandes fases, por mais exames complementares que estejam pespegados nas janelas, nas vidraças ou nos negatoscópios, só quando o chefe cirurgião chega ao local do crime, põe lá o dedo, sente o que é que está lá, em menos de 30 segundos ele decidiu e leva outros 30 segundos a dizer ao resto da equipa o que vai fazer...até aí a sala é uma sala silenciosa, pede-se ferros, afastadores, aspira aqui, não é...nada...daí para diante começam a chover as anedotas que é a fase de descontração e eu sempre, nunca tive geito nem propensão para cirurgia mas sempre achei que isso era muito engraçado, é uma vivência completamente diferente da medicina e

tenho uma grande inveja deles, que é aguentarem-se 3 ou 4 horas de pé que eu não me aguentava...não sei se me estou a alongar muito...eu estava a dizer, o problema em relação à fase terminal da vida, seja porque se ultrapassou, como dizia o Daniel: “já está a dever não sei quantos anos à sociedade”, já tinha ultrapassado a idade estatisticamente válida mas nessa altura era uma raridade, os velhinhos muito velhinhos e é um contexto natural da vida, o que é mau é que ninguém diz às pessoas que os hospitais é para tratar doenças, não somos a antecâmara dos cangalheiros, a morte é uma questão de família pura e simplesmente, não tem nada a ver com os hospitais e eu digo isto muitas vezes aos familiares que estão preocupados, eu digo: “olhem eu tirei o curso de Medicina não tirei o curso de cangalheiro e estou aqui para ajudar o seu pai ou a sua mãe a curar, não estou aqui para o despachar”...penso que isso é, além de ser o que deve ser é a parte bonita, é lutar contra tudo, contra todos, chatearem-me o juízo porque tenho lá o doente muitos dias internado ou outra coisa qualquer...muito pouca gente, mesmo na área de medicina interna e às vezes é muito difícil fazer programações, aceitam internamentos prolongados...ora às vezes os internamentos são prolongados para se obter um bom resultado técnico e são caríssimos, actualmente uma enfermaria reles, vulgar neste hospital já passou os 90 contos por dia, portanto 450 Euros, ocupando um leito, tendo 4 refeições diárias e um banho, isso são 450 Euros por dia...quando se está à espera 4 ou 5 dias pelo resultado de uma Tac já se pagou 10 vezes o preço da Tac só em internamentos e eu acho que é a insistência, a procura, o olhar para isto, isto não está a bater com aquilo porquê? Está-nos a escapar alguma coisa, revê, volta para trás, repensa, e

para todo o tipo de doente há sempre a melhor solução, dá-nos às vezes muito trabalho decidir qual é a melhor solução ou encontrá-la mas às vezes nós temos duas ou, vá lá, três boas soluções, mas qual é a melhor? Não é a mais eficaz, é a melhor para aquela pessoa...é difícil mas... se não fosse difícil também não tinha graça...é por isso que há muitos desastres de automóvel, porque a condução é fácil...se eu fosse director de uma escola de condução todas as aulas começava por dizer: “O automóvel é uma máquina de morte” para as pessoas terem consciência dos riscos que fazem correr aos outros, nós aqui também fazemos correr aos outros riscos, se não fizemos o B A BA e aqui o B A BA é muito alargado porque o hospital pela sua infraestrutura tem imensos recursos e nós temos que os saber aproveitar porque aí beneficiamos o doente pelas decisões que tomarmos...coisas assim, triviais, um homem, AVC, sim senhor, diabético, hipertenso, tudo bem, bate certo, 70 anos, sem sopros cervicais, sem nada de esquisito, pulsações, não há mais nada, Triplex dos vasos, das artérias do pescoço, oclusão da carótida primitiva e daí para cima, do tronco desde a sua emergência do cajado da aorta e depois confirmado por uma ressonância uma angioressonância e ele sobrevivia porque tinha um sistema de colaterais muito eficaz, mas aí, por exemplo, eu não podia ter a veleidade de que o homem tivesse tensões normais, aquele homem tinha de ter sempre tensões altas para ter uma irrigação cerebral adequada, se eu o pusesse com 14/8 dava-lhe uma pataleta qualquer em 48 horas e são estes pormenores que não vêm nas guidelines e que nos obrigam a pensar o que é que eu vou dar a este homem...por exemplo, em relação aos analgésicos eu, por instrução desconfio de tudo o que seja medicação de uso

percutâneo, os adesivos, os patches, porque a pele de cada um é diferente portanto há pessoas em que vai ser diferente, pode ser muito prático mas não gosto...principalmente nos analgésicos e também nas nitroglicerinas ou nos nitratos que se usam, mas nos analgésicos aquilo é completamente errático e eu apanho pessoas completamente aparvalhadas e apardaladas à conta de um patch qualquer de um derivado da morfina que põem todos os dias...a atitude que eu tenho aqui, principalmente nos indivíduos mais deteriorados intelectualmente é de tirar tudo o que não seja fundamental, quero lá saber se estava a tomar isto, aquilo e aqueloutro e mais a estatina e não sei que mais, então isso é um disparate que agora é moda...há uns anos mulher portuguesa que não tivesse feito uma densitometria óssea não era mulher que se prezasse, agora não, agora é estatinas para tudo e para nada, quer dizer estão a prevenir o enfarte aos 150 anos, quando estão a dar estatinas aos velhotes de 80 e ninguém percebe que aquilo é um mercado odioso e aceita-se que um laboratório, salvo erro a Pfizer tenha retirado a hidro cortisona de Portugal, não há, que era fundamental para os adrenalectomizados e para outros doentes como a insulina é para os diabéticos, retirou...acabou-se, tenho umas tantas adrenalectomizadas por aquele senhor que está ali na fotografia que têm que mandar vir de Espanha e estamos assim...a nossa, a minha grande dificuldade é fazer com que as coisas funcionem bem, eu de um modo geral não tenho, primeiro não costumo levar para casa os problemas, os problemas resolvem-se aqui, às vezes posso ficar a matutar e raramente sou capaz de telefonar à hora do jantar e perguntar: “Olha lá como está o senhor da cama não sei quantos, pronto...mas para mim o difícil é lutar contra o status quo que é mau, como eu

disse há bocado, estou aqui há 45 anos e pico, nessa altura, o hospital para os médicos, funcionava das 9 à 1, quatro horas por dia e agora continua a ser da mesma maneira, como funciona das 9 à 1, 45 anos depois, depois da 1 a gente quer um torax é um cabo de trabalhos, a gente quer um electrocardiograma e é um cabo de trabalhos, a gente quer outra porcaria qualquer é um cabo de trabalhos, não pode ser assim, não é assim que se faz medicina meio século depois...e no fundo, em relação ao doente terminal é uma questão da gente considerar que, talvez para simplificar, o doente, não há doentes terminais, há doentes que precisam de cuidados, os cuidados podem ser mais específicos para aqui ou para acolá mas precisam de ser cuidados....o terminal devia ser uma coisa que devia sair do nosso calão de médicos, porque terminais somos todos nós, eu não sei quando eu sair desta sala ou quando sair do hospital se como com um 747 em cima que se enganou na pista ou outra coisa qualquer, ou um autocarro, portanto somos todos terminais...há só uma diferença de abordagem que é a abordagem pessoal, individual, não há tratamento por atacado, ao molho... é uma das razões por que eu não gosto de andar de avião, se eu tivesse carteira de piloto aviador ia muito bem a conduzir o avião, agora ir lá atrás na cabina como as vacas vão nas camionetas para o matadouro, não, não é comigo...

(interrupção)

Obviamente todas as conversas que haja sobre o fim da vida acabam mais cedo ou mais tarde na eutanásia...e quando...a eutanásia pode-se considerar a muitos níveis e de um modo geral o existir ou não existir eutanásia é da responsabilidade e da tutela dos governos de uma determinada nação...a eutanásia mais frequente em todos o mundo, Portugal incluindo, é o aborto...e depois há coisas muito engraçadas que fazem parte da história mas vale a pena lembrar que o primeiro caso de legalização ou não penalização da mulher pelo aborto é um caso que vem em todos os sítios, que é um caso...Rotter... como é que é, já não me lembro do nome da senhora e do oponente, que foi julgado como válido, que foi um aborto de 5 meses, para aí, ou de 6, pelo Supremo dos Estados Unidos, por 3 a 2 votos, dos 5 juízes, 3 a favor, 2 contra e cerca de 100 anos antes o mesmo Supremo dos Estados Unidos que não mudou a sua maneira de ser feito, é eleito pelo Presidente da República que é eleito por eleições iguais e não houve nenhuma revolução a mudar a constituição dos Estados Unidos, cerca de cento e tal anos antes, o mesmo Supremo Tribunal, também por 3 contra 2, considerou que era legítimo o patrão matar um escravo...portanto, isto realmente depende muito das épocas e das modas e se a gente fôr a ver muitos dos condenados à morte em Nuremberg, foram-no porque patrocinavam o aborto, sobretudo em mulheres que estavam prisioneiras por serem das raças não queridas, judias, ciganas e por aí fora, ou prisioneiras russas, porque servia de estudo e estava tudo legal segundo as leis do Reich, portanto não é a legalidade que conta, o que conta é o que a gente está a fazer à vida...e eu também já estou naquela fase, ah! Qualquer dia deixo de trabalhar para a sociedade, então pergunto: o que é que estás tu cá a

fazer, estás na hora de ser abatido...e ainda hei-de perguntar: quando é que o estado deixa de tutelar a vida porque todos os estados tutelam a vida, de um modo geral, tirando aqueles que têm pena de morte, têm uma tutela indirecta da vida mas tutelam a vida, tanto que penalizam o homicídio e tutelam a propriedade, quer dizer penalizam quem rouba a propriedade...são as duas grandes vertentes que é praticamente comum nas justiças de todos os estados que é a vida e a propriedade...ora quando os estados deixam de tutelar a vida, talvez não mereçam o nome de estados, talvez mereçam o nome de bando de piratas, de corsários ou outra coisa qualquer assim no género...porque, e esta discussão que tem havido neste país e nos outros sobre quando é que o bicho é bicho-homem e até lá é uma massa de células ou então quando é que um tipo já não é necessário e tem que ser abatido, eu até compreendo que nalgumas civilizações e, historicamente Esparta, era uma cidade-estado tão pobre, tão pobre, tão pobre que os deficientes e os velhinhos que não serviam para nada eram atirados lá de um penedo abaixo para serem menos umas bocas a comer, eu até compreendo isso em sociedade miseráveis, não posso aceitar isso em sociedades remediadas ou ricas...têm pano para mangas para cuidar das pessoas inválidas e doentes, tem é que saber o que estão a fazer...também uma das coisas tontas da nossa sociedade é a actual lei de adopções e de paternidades...uma das figuras que foi sempre hostilizada nos últimos 50 anos era o filho de pai incógnito e agora começa a haver crianças de pai incógnito que são as crianças geradas por mulheres que não têm homem, têm outra mulher como companheira e fazem uma gravidez por inseminação artificial, e na maior parte dos estados não se diz o nome do pai, portanto a

criança nasce sem pai, portanto continua a ser filho de pai incógnito que era uma figura que estilisticamente e moralmente foi sempre odiada na maior parte das sociedades...portanto, para mim ser-se um bom estadista não custa muito, tem que se ter uma boa cultura histórica, tem que saber o que é que o seu povo gasta, senão, por exemplo o Fidel Castro já tinha sido morto há 30 anos, o António de Oliveira Salazar também tinha sido morto ao fim de 10 anos, todos os grandes ditadores que duraram muito tempo se não soubessem de história, que isto vira o disco e toca o mesmo, se não soubessem do que o seu povo gasta e o António Salazar tem uma frase muito grande nas memórias do Franco Nogueira num livro que ele escreve, ele foi ministro dos Estrangeiros e o Salazar faz-lhe assim uma, uma , não é uma confissão mas é uma frase que para mim faz história que é "isto é só para safados", portanto o próprio senhor sabia que isto era só para safados e a gente continua a ver e eu já antes, no tempo do Marcelo Caetano, portanto antes da revolução, eu já dizia: "isto é um país riquíssimo, com tanta gente a roubar e ainda se faz tanta coisa, isto é um país riquíssimo" e continua a ser. Eu acho que isto é um país riquíssimo porque as pessoas habituaram-se, passaram a ter um raciocínio de vida de sobrevivência. Para mim Portugal existe porque à medida que vieram as hordas dos diversos povos e raças da Ásia pela Europa adentro foram empurrando os outros, os Suevos, os Vândalos, os Germanos, os Godos, os Visigodos e por aí fora, chegaram aqui...só caindo ao mar, portanto aqui vieram parar os medricas e vieram parar os mais espertos para fintar, portanto isto é um país de malandros, não estou dizer que não tenha mérito mas há, tem que haver depois um certo patamar além do qual a malandrice começa a ser de mais, porque é que nós que fazemos parte de 1/3 da população do

Luxemburgo, fazemos do Luxemburgo o país com o maior PIB da União Europeia, 1/3 da população são portugueses, quer dizer lá trabalha-se, trabalha-se e produz-se porque se não se trabalhasse nem produzisse os Luxemburgueses punham-nos no olho da rua com um par de patins...pronto, mas isto tudo à volta da eutanásia que é muito engraçado depois ver como é que a história é feita. Do ponto de vista médico o primeiro país a legalizar a eutanásia foi a Holanda...e curiosamente e a gente vê isso, por exemplo no football, nunca os alemães e os holandeses se amaram e portanto no começo da 2ª Guerra Mundial em que a Bélgica e a Holanda são ocupadas súbitamente, a mortandade feita pelos alemães nos holandeses foi de longe superior aos dos outros países porque realmente não se amavam e portanto quem não fosse capaz de trabalhar para coser uns botões ou fundir uma culatra ou outra coisa qualquer era morto e geralmente era morto com uma ampola de cianeto que era muito mais barata que uma bala e não se podia gastar segunda bala, tinha que se apontar bem à primeira...pois é o país que...as crianças nascidas no pós-guerra, o chamado baby-boom, são aqueles que fazem a legislação para matar os pais, talvez por que tenham sido postos fora de casa aos 18 anos, eram maiores e vacinados, agora vai fazer a guerra para outro lado...foram enxotados de casa dos pais, agora também pagam na mesma moeda, no fundo cá se fazem cá se pagam...e eu tenho muito para pagar também...mas isso ficava para outro dia...

Entrevista Dr. João Malaquias

E7

O meu nome é João Malaquias, tenho 57 anos de idade, sou Assistente Graduado da carreira médica hospitalar num Serviço de Cirurgia Geral e chefe de equipa.

As minhas observações sobre o tema: que cuidados prestar a um doente, no fundo é disto que se trata, que cuidados prestar a um doente na fase terminal da sua vida biológica tem a ver com a forma como eu vejo a vida e como vejo as pessoas. O que eu penso é que todo o ser humano tem o direito de viver a sua dignidade até ao fim da vida e tudo aquilo que nós pudermos fazer por ele mesmo quando o fim se aproxima, que já não há qualquer esperança de melhoria e que o fim está à vista por uma questão de horas ou de dias ou de semanas, tudo o que pudermos fazer por esse doente é que ele tenha o máximo de conforto possível, que não tenha dor porque o ser humano quando tem dor perde a sua dignidade, deixa de ser ele próprio, por isso tudo o que pudermos fazer para lhe tirar a dor, para lhe melhorar um pouco o bem-estar, seja com drogas, seja com uma sonda naso-gástrica para o hidratar, com uma alimentação que não tenha como objectivo fazer-lhe uma verdadeira nutrição mas para mantê-lo com níveis de glicémia que sejam razoáveis, exactamente para, se o doente tiver consciência do que se está a passar, poder continuar a ter a sua vida de relação sem dor, sentindo-se acarinhado por quem está à volta sem contudo se fazerem manobras excessivas. Penso que andar a colocar cateteres centrais com o risco que isso vai trazer ou fazer ventilação

invasiva ou até fazer procedimentos cirúrgicos que sabemos que são votados ao insucesso, que não vão resultar em nada só vão torturar ainda mais o doente e tornar os seus momentos finais mais, ainda mais...

(interrupção)

...ainda mais angustiantes.

Penso que a melhor forma que nós temos de ajudar o doente a morrer é não lhe tirar aquilo que o mantém, apesar de tudo, a sua vida de relação mas não lhe introduzir novos elementos que lhe vão prolongar indefinidamente o sofrimento, isso penso que é fundamental, não para fazer uma morte assistida, mas sim para lhe dar qualidade de vida. A morte assistida, na minha opinião envolve muitos riscos, até da intenção de quem a faz e por isso eu não lhe chamaria assim mas transformá-la-ia numa assistência na fase terminal que permita ao doente ir em paz consigo próprio quando chegar a sua hora.

Entrevista Dr. João Coutinho

E 8

Eu chamo-me João Coutinho, sou Chefe de Serviço na Cirurgia II.

Perante a pergunta que me puseram, irei responder o seguinte: em relação ao primeiro item, não iniciar terapêuticas invasivas tais como ventilação assistida, eu concordo perfeitamente, um doente que está na fase terminal da vida biológica e tem uma situação aguda em que realmente as condições e a qualidade de vida que se pode, que se possa oferecer é mínima ou quase nenhuma, não há justificação para esse doente sofrer e ter uma má qualidade de vida, uma má, uma parte final sem qualidade de vida, portanto eu provavelmente não iria fazer, iniciar terapêuticas invasivas como ventilação ou diálise ou procedimentos cirúrgicos porque eu penso que todo o médico tem que oferecer um mínimo de qualidade aos seus doentes e eles têm direito a morrer com qualidade de vida, com...têm direito a escolher a sua parte final, obrigar o doente a ficar ligado a uma Unidade de Cuidados Intensivos, a uma cama em que: “não posso sair daí, só estou a sofrer, e que não beneficiar nada disso”, acho que não é correcto principalmente se fôr um doente numa fase completamente terminal.

Em relação ao ponto dois, suspender terapêuticas manifestamente fúteis eu também concordo perfeitamente porque não vamos obter qualquer resultado em relação a isso, também não vejo porque deveremos estar a gastar dinheiro em relação a uma situação de que não, em que o principal, o principal responsável do benefício será o doente e que não vai ter benefício nenhum desses e vai sobrecarregar o estado em relação à parte financeira que poderá ser empregue noutro doente que possa beneficiar disso.

Não iniciar terapêuticas simples como antibioterapia é a mesma, é a mesma opinião da dois porque um doente em fase terminal o que eu penso que deveria fazer, ou que faria é manter medidas elementeres de conforto e englobar esse doente na sua, na sua parte familiar para haver um acompanhamento de quem está mais perto do doente, de quem o doente possa sentir conforto, não só conforto em relação à sua patologia, às suas dores e à sua situação terminal mas também conforto em relação à sua parte psicológica que pode fazer a sua parte terminal, juntamente com as pessoas com quem viveu, com quem teve as suas alegrias, teve as suas tristezas, é com essas que essa pessoa tem de viver, é a razão por que eu penso que custa muito ver doentes morrerem no hospital completamente isolados, completamente sòzinhos, sem apoio familiar, eu acho que um doente que tem, eu, na minha opinião quando um dia chegar a altura de me acontecer isso gostaria de estar no meu ambiente, na minha casa, rodeado das pessoas de quem eu gosto, ver as coisas que eu durante toda a minha vida utilizei e gostei, em vez de estar metido num quarto de um hospital a olhar para as paredes brancas á espera que chegue a hora de eu resolver a minha situação, portanto eu acho que uma situação terminal deve ser muito, muito ponderada se vale a pena fazer atitudes agressivas quando o benefício do doente é praticamente nulo e não vai beneficiar nada. Tirar dores, dar-lhe conforto e dar-lhe qualidade de....qualidade final, acho que é a parte mais importante para um doente e não vale a pena estarmos a dizer que lhe vamos aguentar mais um ou dois meses de vida porque se a qualidade de vida é nenhuma e vai ficar metido num leito sem poder fazer nada que lhe possa agradar, acho que não é qualidade de vida, não é, eu, pelo menos não gostava de ter.